

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N° 428

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques HENRIOT

Né le 4 Mai 1891 à Evreux (Eure)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Moniteur d'Obstétrique à la Faculté

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA CÉSARIENNE
TRANSPÉRITONÉALE BASSE

(Statistique de la Clinique Baudelocque)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques HENRIOT

Né le 4 Mai 1891 à Evreux (Eure)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Moniteur d'Obstétrique à la Faculté

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

**DE LA CÉSARIENNE
TRANSPÉRITONÉALE BASSE**

(Statistique de la Clinique Baudelocque)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1927

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	N...
Clinique médicale.	BEZANÇON
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Professeurs sans chaire	ROUVIÈRE.
	BRANCA

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	{ Pathologie médicale.
CLERC	
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.

HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	{ Pathologie chirurgicale.
MOURE	
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHTER Fils	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLÉRY-RADOT (P.)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENOT	Obstétrique.

M.

BETTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE.	} Clinique chirurgicale.	LERI.	} Clinique médicale.
AUVRAY.		LÉPER.	
CHEVASSU.		MOCQUOT.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.	Clinique obstétricale.	SCWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.	VILLARET.	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	}	chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LABARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA SŒUR

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*qui m'a fait le très grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

*qu'il me soit permis de lui
témoigner ici ma profonde gra-
titude et mon respectueux atta-
chement.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE
ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL LARIBOSIÈRE

*qui fut mon premier maître
en obstétrique et dont la bien-
veillante sollicitude m'a suivi au
cours de toutes mes études médi-
cales.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le
témoignage de mon affectueuse
gratitude.*

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR PORTES
ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

*qui m'a conseillé dans cette
étude*

*En témoignage de ma pro-
fonde reconnaissance et de ma
sincère amitié.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1919-1920 M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ CASTAIGNE

1920-1921 M. le DOCTEUR JOSUÉ (*in memoriam*)

1921-1922 M. le DOCTEUR HALLOPEAU (*in memoriam*)

1922-1923 M. le DOCTEUR DEVRAIGNE

1923-1924 M. le DOCTEUR MILIAN

1924-1927 M. le PROFESSEUR COUVELAIRE

A MES AUTRES MAITRES

MESSIEURS LE DOCTEURS

J. CATHALA, SAUPHAR, FOWILEVICZ, DESNOYERS

LACOMME, RAVINA

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

INTRODUCTION

Au Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française de 1925, M. Schickelé a présenté la césarienne basse comme étant l'opération de l'avenir, « l'arme qui répond à tous les besoins », celle pour laquelle « l'infection n'est plus une barrière ».

Comme l'a dit M. le Pr Couvelaire, les faits seuls nous permettront de juger. La césarienne basse a donc été mise à l'étude à la clinique Baudelocque. Du 1^{er} janvier 1925 au 1^{er} janvier 1927, 68 interventions ont été pratiquées.

De la discussion, de l'intégralité de ces faits, nous essayerons de tirer quelques conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Si l'idée de l'opération césarienne naquit au xvi^e siècle, elle ne put trouver sa réalisation que beaucoup plus tard. Les premières interventions destinées, en cas de dystocie, à extraire l'enfant furent l'embryotomie, le forceps et la version.

Le forceps et la version rencontrèrent immédiatement beaucoup d'enthousiasme, mais on ne devait pas tarder à s'apercevoir que ces opérations entraînaient une mortalité fœtale considérable, elles laissaient souvent aussi l'accoucheur désarmé devant une extraction demeurée impossible. Les embryotomies gardaient en définitive souvent le dernier mot.

En 1883, Tarnier inventant le basiotribe apporta aux méthodes embryotomiques leur dernier perfectionnement. Il clôturait une période pendant laquelle l'accoucheur n'eut pour lutter contre la dystocie d'autre moyen de vider l'utérus que de réduire le fœtus mort ou vivant.

Cette impuissance dans laquelle on se trouvait vis-à-vis de l'accouchement devenu impossible, cette néces-

sité de sacrifier le plus souvent l'enfant avaient causé déjà de vives réactions.

La connaissance plus précise des types de viciations pelviennes, l'appréciation plus exacte de leur degré amenèrent à penser que peut-être en provoquant l'accouchement au moment opportun on parviendrait à faire passer à travers une filière trop étroite un enfant prématuré mais susceptible néanmoins de s'élever sans trop de difficultés. Stolz remit en honneur cette méthode en 1830 mais elle ne devait entrer dans la pratique courante que beaucoup plus tard, vers la fin du ^{xix}^e siècle.

La vogue de l'accouchement prématuré provoqué fut très grande. Il marquait dans l'histoire des thérapeutiques obstétricales l'avènement d'une idée nouvelle : « la prophylaxie ».

Pratiqué largement de 1875 à 1890 par Tarnier, Budin et leurs élèves, quels en furent les résultats ?

Ahlfeld¹ sur 111 cas arrivait pour les enfants au chiffre de 29,61 %, il n'avait perdu qu'une seule femme. Guéniot² accusait un chiffre de mortalité infantile moins élevé (13,04 %) et M. Pinard³ en 1891 avait pour 100 cas un déchet représenté par 33 % d'enfants morts. En 1900, dans une de ses leçons, M. Bar,⁴ publiait une statistique portant sur 100 cas : une femme était morte de septicémie et 86 enfants étaient nés vivants ; mais sur ces 86 un certain nombre moururent du fait de

1. 2. 3. Ahlfeld, Guéniot, Pinard, cités par Paul Bar.

4. Paul Bar, *Leçons de pathologie obstétricale* (1900), 4^e leçon.

leur prématurité (10,88 %) soit en tout une mortalité de 26 % environ. On pouvait donc conclure, pour la mère risques minimes mais existants, pour l'enfant mortalité considérable.

En présence de tels résultats on devait être fatalement amené à rechercher dans quelles conditions il fallait pratiquer l'accouchement prématuré provoqué pour avoir un rendement meilleur. Discutant les diverses indications de cette intervention, M. Bar les limita aux bassins rétrécis dont le diamètre utile mesurait de 85 à 90 mm.; c'était en somme conclure qu'il y avait lieu d'abandonner cette méthode dans la plupart des cas. Après une très grande vogue, la méthode de l'accouchement prématuré provoqué devait tomber dans un tel discrédit que seules quelques écoles comme celles de Lyon, Montpellier et Nancy lui conservèrent une place parmi les thérapeutiques des dystocies pelviennes. Battu fortement en brèche, l'accouchement prématuré provoqué disparaissant n'en avait pas moins marqué un réel progrès sur les méthodes antérieures: l'application de forceps au détroit supérieur et la version podalique dans les bassins rétrécis.

La faillite de la méthode prophylactique dénoncée par M. Pinard en 1892 l'amena à préconiser le retour à l'expectation, mais à une expectation armée, capable de mettre en œuvre une intervention en cas de nécessité. Cette intervention était la symphyséotomie.

L'agrandissement du bassin, opération imaginée par Sigault en 1777, avait dès l'origine compté trop d'insuccès pour ne pas être vivement combattue. Mais

avec l'ère de l'asepsie et de l'antisepsie il y avait tout lieu de penser que les résultats de la symphyséotomie permettraient de sauvegarder au maximum la vie de la mère et celle de l'enfant. Proclamant donc « la renaissance de la symphyséotomie », M. Pinard étudia avec Farabeuf et Varnier les conditions anatomiques et le manuel opératoire. Et vers la fin de l'année 1892 il apportait à ses travaux cette conclusion capitale :

« L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu ».

La symphyséotomie prit immédiatement une place importante. On s'aperçut cependant qu'il ne fallait pas demander à l'écartement du bassin plus de 5 à 6 cm. sans risquer de voir survenir des complications sérieuses pour la mère (plaies vésico-urétrales en particulier). Il fallait également que la disproportion entre la tête fœtale et le bassin ne fût pas trop grande; enfin la primiparité semblait une condition défavorable. Les indications de cette opération se restreignant, le nombre des symphyséotomies décru progressivement et à la clinique Baudelocque il tomba peu à peu de 22 cas à 5 en 1903. Les statistiques d'ailleurs annonçaient une mortalité maternelle de 11 % et une mortalité fœtale au moins égale. Les résultats obtenus étaient donc loin de ce qu'on avait espéré.

L'abandon progressif de la symphyséotomie ne fut pas seulement dû à la limitation de ses indications; il correspondait en outre à un fait capital; à savoir, l'importance de plus en plus grande que prenait l'opération césarienne.

Discutée théoriquement, du moins depuis fort long-

temps, la césarienne fut tentée sur le vivant dès le xvi^e siècle. Mais elle restait l'intervention que l'on pratiquait en dernier ressort, lorsque tout autre moyen avait échoué. Il en fut ainsi jusqu'en 1876. Les mauvais résultats de la césarienne tenant à l'hémorragie et à l'infection, on pensa que la plaie utérine était responsable de ces accidents. Pour s'en débarrasser, Porro imagina sa technique dont les premiers résultats furent très heureux. Mais au fur et à mesure que les cas se multipliaient, les statistiques se montraient moins favorables. D'autre part, la suppression de l'utérus apparaissait comme un sacrifice vraiment trop considérable.

On se remit à l'étude de la césarienne. Deux faits capitaux vinrent alors modifier totalement le pronostic de cette intervention. En 1882, Kehrer d'Heidelberg et Sânger de Leipzig, reprenant l'idée ancienne de Lebas, publièrent simultanément leurs mémoires sur la possibilité de conservation de l'utérus après section césarienne et sur l'avantage que présente la suture utérine. Potocki, qui était allé voir opérer Sânger et avait pu constater ses heureux résultats, publiait en 1886 une série d'articles sur l'opération césarienne et sa technique¹ qui firent admettre l'opération césarienne à Paris.

Vers la fin du xix^e siècle, les découvertes géniales de Pasteur apportèrent à la chirurgie abdominale un essor considérable en faisant connaître l'asepsie et l'antisepsie. Dès lors la césarienne se vulgarisa.

1. Potocki, *Annales de gynécologie*, mars-avril-mai-juin 1886.

Mais les statistiques de Pehan Dufeillay, Harris Radford avaient déjà montré l'infériorité notable des résultats obtenus lorsque la césarienne était pratiquée tardivement. Plus on s'éloignait du début du travail, plus aussi l'opération se montrait dangereuse. En 1896, M. Potocki préconisa l'opération précoce. Partisan convaincu de l'idée de prophylaxie, M. Bar, prenant nettement position, proposait en 1897 l'intervention pratiquée avant tout début de travail, alors que l'impossibilité de l'accouchement était prévue mais non encore démontrée.

Pour lui, l'opération césarienne, dès le début de sa phase de vulgarisation eut des indications limitées au cas considérés comme « purs » et ne fut admise que comme opération prophylactique.

Nos méthodes d'examen ne nous permettant pas d'apprécier exactement les possibilités de l'accouchement spontané dans les bassins limites, on devait être ainsi fatalement conduit à pratiquer un certain nombre d'opérations inutiles. Cela n'aurait pas eu d'inconvénient si la césarienne s'était révélée véritablement anodine. Or ce que nous savons actuellement de l'opération césarienne classique montre que la mortalité maternelle de cette opération, en dehors de toute infection, s'élève à 3 % environ; elle est en outre grevée d'une morbidité importante 4 % de ruptures utérines lors des gestations ultérieures, 4 % de fistules utéro-pariétales environ).

La valeur de ces critiques vis-à-vis de l'opération césarienne classique, en tant qu'opération prophylac-

tique, ne pouvait avoir comme résultat que la tendance à la limitation des indications de la césarienne classique aux cas où elle est strictement indispensable.

« L'épreuve du travail systématique » dans tous les cas où l'impossibilité de l'accouchement n'est pas certaine, gardait de nombreux partisans. Lorsque cette épreuve échoue il est des cas où l'œuf étant ouvert depuis peu de temps on peut encore pratiquer dans de bonnes conditions une opération césarienne classique conservatrice. C'est d'ailleurs la doctrine qui a été admise par MM. Pinard et Couvelaire, et à la clinique Baudelocque de nombreuses opérations césariennes différées ont été pratiquées avec succès. Mais il est d'autres cas où l'infection amniotique latente ou déclarée contre-indique cette opération.

Dans ces conditions se pose le dilemme ou de pratiquer délibérément une basiotripsie, méthode regrettable, ou de pratiquer malgré tout une opération césarienne tardive toujours risquée.

Quelques accoucheurs n'hésitent pas à pratiquer cette opération dans les cas suspects, voire même dans les cas impurs et après les essais de Boquel d'Angers (1901) un certain nombre de statistiques heureuses furent publiées par Lepage (thèse de Lemoussu), Mouchotte, Delmas, Le Lorier, Kouwer, Weymeersch, Brouha, etc... Cette tendance ne fut pas suivie et la majorité des accoucheurs préconisèrent dans ces cas la césarienne mutilatrice.

La suppression de l'utérus est un sacrifice considérable. Pour l'éviter on s'est efforcé de trouver des

techniques capables de permettre une chirurgie conservatrice malgré l'existence d'infection plus ou moins accusée, technique en somme qui, modifiant l'opération césarienne classique, permettrait d'étendre les indications des hystérotomies conservatrices aux cas infectés.

Zarate proposa, après une protection très soignée du champ opératoire, de terminer dans les cas très douteux l'opération césarienne classique par un drainage à la Mickulicz. Kouwer d'Utrecht¹ inspiré par les anciennes méthodes de marsupialisation de Pillore et Lestoquoy, montra un certain enthousiasme pour l'exclusion opératoire : « Suturer la séreuse de la matrice par deux rangées de sutures courantes au péritoine pariétal, inciser l'utérus, suturer la plaie utérine ou non, selon les conditions, drainage, telle était sa méthode ».

Avec M. Schickelé enfin quelques accoucheurs préconisèrent dans les cas douteux et même nettement impurs l'emploi d'une technique déjà couramment mise en pratique dans les pays germaniques : l'opération césarienne supra-symphysaire transpéritonéale.

En 1909, déjà M. Couvelaire avait réclaté pour l'amélioration du pronostic des cas impurs non un perfectionnement de la technique classique mais un autre mode d'intervention.

Dans cet ordre d'idées toute une série de tentatives avaient été pratiquées :

Dès 1805, Oslander de Gottingen eut l'idée de pra-

1. Kouwer, *Association des gynécologues et obstétriciens de langue française*, Paris, 1921 et 1925.

tiquer l'opération césarienne en faisant porter l'incision sur le col utérin.

En 1806, Jôrg avait proposé d'ouvrir le vagin et le col après laparotomie. Ritgen décrivit ensuite la gastro-élytrotomie. Puis Physick (1822), Baudelocque·neveu (1827), Charles Bell, Gaillard Thomas (1870) tentèrent d'aborder l'utérus en évitant la grande cavité péritonéale. Leurs essais, dont l'intérêt est actuellement purement historique, n'aboutirent pas.

En 1906, Sellheim décrivit et pratiqua la césarienne extra-péritonéale qui consistait à aborder le segment inférieur après avoir décollé le péritoine vésical. Latzko, Doederlein, Markoe, Kustner, obtinrent par cette méthode des résultats heureux. Malheureusement cette intervention présentait des difficultés techniques très grandes. Le péritoine qu'on voulait à tout prix éviter se trouvait fréquemment lésé; la blessure de la vessie ou de l'uretère n'étaient pas rares, l'hémorragie était plus accentuée, l'incision portant sur la partie latérale du segment inférieur très vascularisée, enfin les adhérences étaient fréquentes rendant difficile l'opération itérative.

Kroenig¹ attribua le premier l'avantage des opérations césariennes supra-symphysaires au siège de l'incision utérine sur le segment inférieur mince et non contractile.

En 1906, Frank de Cologne tenta d'aborder le segment inférieur par voie franchement transpéritonéale.

1. Phaneuf, *Bruxelles Médical*, mai 1924, n° 49.

Ce fut le début de la césarienne transpéritonéale basse dont l'idée première se retrouverait d'après M. Schickel¹ dans une thèse de Strasbourg inspirée avant 1870 par le P^r Alexis Stolz.

A partir de ce moment la césarienne basse fut pratiquée à la fois sous ses deux modes. Latzko, Döderlein, Kustner, Marckoe, Mac Pherson restèrent fidèles à l'opération de Sellheim. D'autres au contraire comme Hirst, De Lee, Cornell, Beck, Vogt, Phaneuf, Munro Kerr, Walthard, Beuttner, Gaifami suivirent la voie tracée par Frank. Sidan toute cette liste ne figure aucun nom français c'est que, pendant longtemps, la césarienne basse fut pratiquée seulement à l'étranger. Après s'être généralisée en Allemagne elle se propagea en Suisse, en Italie et en Amérique.

En 1909, MM. Jeannin, Brindeau et Doléris² publièrent leurs premiers essais de césarienne basse sous la forme extrapéritonéale. Il semblait à première vue que les résultats de la césarienne basse ne surpassaient pas sensiblement ceux de la césarienne haute et l'enthousiasme des accoucheurs français resta très modéré. Cependant, M. Schickel¹ qui avait pu se rendre compte par ailleurs des bons résultats que paraissait donner la césarienne basse sous son mode transpéritonéal, remettait bientôt cette technique à l'étude.

Au Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française en 1921, il apportait ses premières

1. Schickel¹, *Congrès des Gynécologues et obstétriciens de langue française*, Paris, 1921.

2. Jeannin, Brindeau, Doléris, *C.-R. de la Sté Obstétricale de France*, oct, 1909, p. 223.

impressions. « Aujourd'hui, disait-il, pratiquement, je ne fais plus de différence entre les cas purs et les cas impurs, abstraction faite, toutefois, de ceux qui présentent des signes d'infection généralisée. Les résultats de la césarienne basse dans les cas impurs sont excellents... Aujourd'hui il est trop tôt pour pouvoir bien juger ».

Beuttner (de Genève) qui avait abandonné la technique extrapéritonéale pour la technique transpéritonéale, apportait une statistique de 114 cas sans aucun décès de femme « bien que cette statistique renferme également de nombreux cas impurs » et il invitait les accoucheurs français à expérimenter cette méthode.

En février 1922, M. Brindeau apporta à la Société d'Obstétrique de Paris une statistique de 14 cas. Ses conclusions contenaient certaines réserves : « Je considère, disait-il, que dans les cas purs, la césarienne classique est supérieure à la césarienne basse... J'ai l'impression que dans les cas impurs la césarienne basse est moins grave que la classique mais mon expérience est encore insuffisante ». Depuis cette époque, M. Brindeau qui a mis la césarienne basse à l'étude à la clinique Tarnier a apporté, notamment dans une de ses leçons publiée dans la *Presse Médicale*¹ et dans la thèse de son élève Marassi², des conclusions se rapprochant nettement de celles de M. Schickel.

Au début de l'année 1925, la césarienne transpéri-

* 1. Leçon du 25 novembre 1925 faite à la clinique Tarnier, publiée dans la *Presse Médicale* 10 mars 1926.

2. Marassi, *Thèse*, Paris, 1926.

tonéale basse fut introduite à la clinique Baudelocque et y a été largement pratiquée depuis. Dans le courant de la même année, M. Rudaux introduisit à son tour la césarienne basse à la Maternité.

Disposons-nous réellement, comme le veut M. Schickelé¹ « d'une arme qui répond à tous les besoins? » L'infection ne sera-t-elle plus une barrière? La césarienne basse permettra-t-elle de repousser très loin au cours du travail les limites de l'opérabilité? Ou faudra-t-il, pour les cas véritablement impurs et infectés, recourir à des opérations mutilatrices ou à la nouvelle opération réalisée par Portes en 1923 « d'extériorisation temporaire de l'utérus? » En d'autres termes, possédons-nous dans la césarienne basse non seulement une opération préventive dont les résultats sont supérieurs à ceux de la césarienne classique mais encore une opération de nécessité qui, dans les cas impurs, permette de reculer les limites des opérations mutilatrices? S'il en est ainsi on pourra dire véritablement que l'acquisition de cette nouvelle technique marque un réel progrès.

C'est ce que nous nous proposons de rechercher en nous appuyant sur les faits observés à la clinique Baudelocque.

1. Schickelé, *Pelvitomie contre césarienne*. Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française. Paris, octobre 1925.

CHAPITRE II

TECHNIQUE ET ANESTHÉSIE

Nous exposerons d'abord la technique adoptée à la clinique Baudelocque par MM. Couvelaire et Portes.

Nous rechercherons ensuite quels sont dans les divers autres procédés les points particuliers intéressants. Nous verrons que la raison d'être des nombreuses modalités techniques proposées est en réalité l'obligation pour l'opérateur de faire face aux risques survenus du fait d'une intervention pratiquée en dehors des conditions idéales.

Nous étudierons enfin, en ce qui concerne l'anesthésie, quelques particularités intéressant l'exécution de la césarienne transpéritonéale basse.

I. — Technique.

A) LE PROCÉDÉ ADOPTÉ A LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

Les observations qui sont à la base de ce travail sont celles de femmes opérées exclusivement suivant la technique utilisée habituellement à la clinique Baudelocque¹.

1. Couvelaire et Portes, A propos de la césarienne transpéritonéale basse. *Sté d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 9 oct. 1925, p. 647.

Après une laparotomie médiane allant du pubis à l'ombilic, faite en position de Trendelenburg, on met en place la grande valve de Doyen. On protège soigneusement la cavité péritonéale par trois champs, dont l'un est insinué dans l'angle supérieur de la plaie abdominale et dont les deux autres sont insinués profondément sur les deux côtés, entre la paroi abdominale et l'utérus. Cette protection, bien que théoriquement imparfaite, a été en fait suffisante sauf dans 1 cas.

La vessie saisie avec une pince en cœur est attirée au dehors. Le fond du cul-de-sac vésico-utérin devenu très apparent est incisé transversalement d'un ligament large à l'autre.

Le péritoine du segment inférieur est décollé vers le haut jusqu'à sa zone d'adhérence. La vessie est décollée de l'utérus aussi bas que possible. Ce décollement est rendu facile par la position inclinée de la malade, qui tend à éloigner la tête fœtale du plan du détroit supérieur, ainsi que par les pressions légères qu'on exerce sur la tête pour accentuer cet éloignement.

Ces décollements ne présentent aucune difficulté si on reste dans le bon plan de clivage. Ils n'entraînent en général aucune hémorragie sérieuse si le décollement est fait au doigt. Ils doivent être pratiqués avec douceur, car dans certains cas le péritoine est d'une grande friabilité.

Le segment inférieur est incisé longitudinalement sur la saillie de la tête fœtale, et l'incision est prolongée vers le haut jusqu'à la zone d'adhérence du péritoine, vers le bas le plus loin possible en protégeant la vessie.

Il paraît essentiel d'inciser le segment inférieur aussi exactement que possible sur la ligne médiane, car il existe souvent sur les côtés d'énormes plexus veineux, dont la section entraîne une hémorragie importante, susceptible d'ailleurs de s'arrêter plus ou moins complètement toute seule après l'extraction de la tête fœtale.

Les lèvres de l'incision utérine sont saisies par des pinces en cœur qui permettent pendant toute l'extraction de l'enfant et pendant la délivrance d'extérioriser en quelque sorte la brèche du segment inférieur et d'éviter le plus possible l'issue de sang ou de liquide amniotique dans la cavité abdominale.

L'extraction de l'enfant nous a semblé en général facile. Il suffit le plus souvent d'atteindre la bouche de l'enfant, de saisir le menton entre deux doigts, de l'amener dans la brèche du segment inférieur et d'accoucher la tête au travers de la plaie par de petits mouvements de flexion et de déflexion. Dans les cas assez rares d'ailleurs, où cette manœuvre échoue, on est obligé de recourir à l'emploi de forceps, voire même à l'extraction du fœtus par version. (L'emploi du forceps a été signalé trois fois dans nos observations; l'extraction de l'enfant par version a été faite dans un cas de bassin cyphotique, alors que la tête fœtale plongeait déjà dans l'excavation.)

Lorsque l'intervention est pratiquée soit avant le travail, soit tout au début de celui-ci, alors que le segment inférieur n'est pour ainsi dire pas formé, il n'est pas exceptionnel de voir, au moment de l'extrac-

tion du fœtus, une déchirure se produire au niveau de l'angle supérieur de l'incision utérine, déchirure se propageant de 2 à 3 centimètres sur le corps utérin sans qu'il en résulte d'inconvénients ultérieurs.

La délivrance est, ainsi que l'observation l'a toujours montré, plus facile que dans certains cas de césarienne classique, du fait du voisinage du pôle inférieur de l'œuf qu'on n'éprouve aucune difficulté à décoller. C'est toujours la délivrance artificielle qui a été pratiquée, jamais l'expression de l'utérus n'a été utilisée.

L'extraction de l'enfant et la délivrance étant terminées, les deux pinces en cœur extériorisant toujours la plaie du segment inférieur, un champ est temporairement insinué dans la cavité utérine et sort par l'angle inférieur de la plaie pour éviter l'issue du sang dans l'abdomen. On peut alors suturer le segment inférieur.

La suture de l'utérus est faite en deux plans successifs :

Le premier est constitué par des points séparés au catgut n° 1 qui prennent la totalité de l'épaisseur du segment inférieur. Il nous a semblé utile de faire les points séparés tous les cinq millimètres pour obtenir une hémostase et une étanchéité parfaites de la suture.

Le deuxième plan est constitué par un surjet au catgut n° 1 recouvrant exactement et enfouissant le plan précédent. Il est infiniment plus satisfaisant que le surjet d'enfouissement de la suture dans la césarienne classique portant sur le corps de l'utérus. Il affronte les deux tranches du fascia intervésico-utérin en général nettes et faciles à suturer.

L'utérus étant fermé, on a avantage à changer de gants, en particulier dans les cas suspects d'infection. Il y a lieu de parfaire l'hémostase de l'espace décollé qui peut être délicate si l'incision du segment inférieur n'a pas été exactement médiane.

La vessie est alors ramenée au-devant de la suture utérine par un point en V au catgut, qui fixe la musculuse vésicale à l'angle supérieur de la suture segmentaire, la recouvrant exactement.

Le péritoine vésical est fixé à la face antérieure du segment inférieur par un surjet transversal au catgut qu'on ne doit pas trop prolonger sur les côtés pour ne pas risquer de piquer les pédicules vasculaires latéraux.

Le lambeau péritonéal supérieur est rabattu sur le péritoine vésical par un second surjet transversal, situé plus bas que le premier.

Ainsi la plaie utérine se trouve séparée de la cavité abdominale par l'épaisseur de la vessie et par un double revêtement péritonéal « en paletot ».

Les champs enlevés, la paroi abdominale est fermée en trois plans.

Parmi les techniques préconisées pour la suture de la paroi, il y a avantage à choisir la plus hémostatique car la laparotomie étant très basse, il y a possibilité d'hématome de l'espace sus-pubien. Nous avons presque toujours utilisé à cet effet, outre la suture classique en 3 plans, les bourdonnets médians ou latéraux soutenant des points d'appui intéressant toute l'épaisseur de la paroi.

Dans les cas très douteux ou supposés infectés, la

technique précédente a été complétée par le drainage à la Mickulicz.

B) LES AUTRES PROCÉDÉS

De nombreuses modalités techniques de la césarienne basse ont été proposées; elles ne diffèrent en réalité les unes des autres que dans leurs détails.

Si la césarienne transpéritonéale basse doit être une arme répondant à tous les besoins, si elle doit s'attaquer aux cas impurs comme aux cas purs, il faut par-dessus tout qu'elle mette à l'abri des infections péritonéales. Et le danger est double. Il faut éviter d'une part la péritonite primitive (inoculation du péritoine par le contenu de l'œuf au moment de l'intervention); il faut éviter d'autre part la péritonite secondaire par inoculation du péritoine dans les jours qui suivent. Cette inoculation secondaire se produit soit par désunion de la cicatrice utérine, soit par propagation de l'infection intra-utérine au niveau des points de suture.

Pour éviter ces deux écueils les opérateurs on décrit diverses modalités techniques qui intéressent particulièrement la protection de la cavité péritonéale et la reconstitution du segment inférieur et du péritoine vésico-utérin.

a) Protection de la cavité péritonéale.

Au cours des césariennes classiques cette protection est chose facile; actuellement la majorité des accou-

cheurs ont adopté la technique jadis conseillée par Guéniot et Muller et qu'a toujours utilisée le Professeur Couvelaire. Ils incisent l'utérus après l'avoir extériorisé et après avoir refermé derrière lui, à l'aide de pinces de Museux, la cavité abdominale, protégée en outre par des champs. Mais la protection est plus délicate dans la césarienne transpéritonéale basse. Ici, l'extériorisation de la région opératoire est impossible et tout liquide qui sortira de l'utérus souillera fatalement le petit bassin et les fosses iliaques si l'on n'établit pas une barrière qui isole autant que possible la région opératoire.

La barrière la plus simple que l'on puisse opposer à l'écoulement de liquides septiques dans la cavité abdominale est évidemment représentée par des *champs protecteurs*; c'est le procédé qu'emploient beaucoup d'opérateurs dans les cas purs, c'est même celui qu'emploient quelques opérateurs dans les cas impurs.

Il est évident que ce procédé est insuffisant. Les champs peuvent laisser filtrer des liquides septiques. On a donc cherché, au moins dans les cas impurs, à isoler anatomiquement la partie basse de l'utérus en pratiquant des sutures péritonéales réalisant une sorte d'abouchement temporaire de la région opératoire à la paroi. C'est le procédé dit de l'*exclusion opératoire*. Nous trouvons cette idée réalisée sous des modalités diverses dans les procédés de Franck, Veit, Fromme, Hirst, Phaneuf, Sellheim, Fraipont, Jean-nin.

Voici par exemple la méthode de Veit, Fromme,

Hirst telle que Phaneuf l'emploie dans les cas impurs¹ : après laparotomie « le péritoine viscéral est incisé là où il se réfléchit sur les organes sous-jacents (vessie et utérus); l'index de la main droite est introduit dans la brèche et la vessie est séparée délicatement de l'utérus; le doigt est dirigé vers le haut et le péritoine est séparé de l'utérus sur un de ses côtés. Le procédé est répété du côté opposé. La séreuse viscérale est alors incisée longitudinalement sur la ligne médiane dans la limite de 2, 5 centimètres de la hauteur de l'incision du péritoine pariétal et les lèvres des deux lames séreuses, pariétale et viscérale, sont réunies à l'aide de points séparés de catgut appliqués avec grand soin et au nombre de huit environ. L'intervention est alors faite par voie extra-péritonéale ou sous-péritonéale. Nous préférons les sutures aux pinces pour réunir les lames péritonéales, car les premières sont moins sujettes à déchirer le péritoine »... Après ouverture de l'utérus, accouchement, délivrance et fermeture du segment inférieur « les plans péritonéaux sont à nouveau réunis par un surjet au catgut chromé n° 0. Comme on le voit, les lèvres des lames séreuses sont réunies en premier lieu par des points séparés, puis par un surjet, après la terminaison de la suture utérine... Les lames du péritoine adhèrent au bout de quelques heures. L'infection utérine, si elle existe, apparaît au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, comme le montrent l'élévation thermique et l'accélération du

¹ 1. Phaneuf, *Bruxelles Médical*, 26 sept. 1926, n° 48.

pouls dans les cas infectés. Si les lochies infectées suintent à travers l'incision cervicale, le drainage s'établit facilement, soit par le col, soit à l'angle inférieur de l'incision abdominale, sans venir en contact avec la cavité péritonéale. »

Dans les procédés que nous venons de voir, le péritoine utérin est incisé et décollé avant d'être réuni au péritoine pariétal. M. Jeannin, dans les cas infectés, procède de la façon suivante : après laparotomie médiane sous-ombilicale, allant jusqu'au péritoine, incision transversale du péritoine pariétal; suture de ce péritoine au péritoine utérin au niveau de la zone de solide attache. Incision transversale du péritoine viscéral. Incision verticale et médiane du segment inférieur.

b) Les sutures.

Mais comme l'a dit Phaneuf¹ « beaucoup d'accoucheurs ont le sentiment que le danger de l'infection ne résulte pas tant de la souillure de la cavité abdominale au moment de l'acte opératoire que du passage des lochies et des microbes au travers de l'incision utérine durant les suites de couches ».

Le problème de l'affrontement exact des lèvres de l'incision utérine assurant une étanchéité parfaite de la suture se pose ici comme il s'est posé pour la césarienne haute, puisqu'il tient sous sa dépendance les suites immédiates et les suites éloignées de l'opération.

1. Phaneuf, *Bruxelles Médical*, mai 1924, n° 49.

Mais pour ne considérer que les suites immédiates, il y a avec la césarienne basse une différence capitale : en se rabattant sur la plaie d'hystérotomie, au-dessus de la suture musculaire, le péritoine et la vessie pourraient, assurent certains opérateurs, constituer une barrière de protection capable d'arrêter l'infection en cas de désunion de la cicatrice utérine.

Les procédés de suture de l'utérus d'une part, la manière de recouvrir cette suture par la vessie et le péritoine d'autre part, ont été réalisés par les opérateurs de façons variables, mais ne diffèrent en réalité les uns des autres que par des points de détail.

1^o *Suture du segment inférieur.*

Un certain nombre d'auteurs ont déjà insisté sur l'avantage que présente l'hystérotomie portant sur le segment inférieur. La tranche utérine au niveau du corps de l'organe est particulièrement épaisse et constituée par un muscle qui, dans la période post-opératoire est le siège non seulement de contractions puissantes, mais encore d'un processus d'involution rapide destiné à rendre à l'utérus son volume primitif.

Les sutures se trouvent ainsi soumises à des tiraillements sérieux qui ne sont pas sans favoriser les désunions primitives ou secondaires.

Ces risques ont amené quelques accoucheurs à employer la soie de préférence au catgut, malgré les inconvénients qu'elle présente, en particulier malgré la possibilité des fistules utéro-pariétales.

Au niveau du segment inférieur les sutures portent sur un organe mince et pour ainsi dire au repos. Ce sont là des avantages indéniables. Dans un grand nombre de procédés (Franck, Phaneuf, Hirst, Veit, Krœnig, Sellheim) la suture de l'utérus est faite simplement par points séparés au catgut en un seul plan. Pour assurer une étanchéité plus parfaite de la cicatrice de nombreux opérateurs préfèrent suturer en deux plans : un plan musculaire profond par points séparés, un plan musculaire superficiel par surjet. C'est ainsi que procèdent par exemple Beck, Brindeau, Beuttner de Lee, M. Couvellaire et Portes.

Enfin, comme dernière particularité, nous signalerons que les uns font des points perforants, les autres préférant ne pas prendre la muqueuse.

2° Réfection du péritoine.

La réfection du plan péritonéal offre également un certain nombre de modalités. On peut réunir les lames péritonéales bord à bord par simple surjet. C'est le procédé qu'emploient ceux qui font l'incision longitudinale du péritoine utérin; c'est aussi ce qui est utilisé en général par les opérateurs qui après exclusion opératoire temporaire rétablissent la disposition anatomique des séreuses (Hirst, Phaneuf, Veit, Fraipont, Sellheim).

Un certain nombre d'opérateurs qui incisent transversalement le péritoine du segment inférieur cherchent à obtenir un isolement plus sûr de la plaie utérine

en faisant chevaucher au devant d'elle les deux lames péritonéales. Non seulement les deux lames chevauchent mais encore la vessie se trouve recouvrir plus ou moins complètement la brèche utérine, ce qui donne encore une sécurité plus grande. C'est le procédé de suture péritonéale dit en « paletot ».

Voici par exemple comment procède Beck : Après suture du segment inférieur, il rabat la lame supérieure du péritoine et la fixe par quelques points séparés à l'utérus; le lambeau inférieur avec la vessie est alors rabattu par-dessus le lambeau supérieur qu'il recouvre donc partiellement. On peut également faire l'inverse, c'est-à-dire recouvrir l'incision utérine d'abord par la vessie, puis rabattre sur cette dernière le lambeau supérieur.

c) Le drainage.

Malgré les barrières successives opposées à l'infection, un certain nombre d'opérateurs prudents pensent que la sécurité n'est pas absolue dans les cas très impurs. Une protection en apparence bien faite, une suture donnant l'impression d'une étanchéité parfaite, ne sauraient mettre à l'abri des conséquences d'une infection virulente. Comme dans toute opération abdominale ou pelvienné où l'on redoute une inoculation péritonéale primitive ou secondaire, on peut, au cours de la césarienne basse terminer l'intervention par un drainage.

En 1914, déjà Zarate de Buenos-Ayres l'avait pré-

conisé comme amélioration de la technique de la césarienne haute dans les cas impurs. Il employait le Mickulicz pour isoler la grande cavité péritonéale d'une plaie susceptible de contenir des germes infectieux. Le sac retourné devait être appliqué intimement le long de l'incision utérine, ce sac contenant des mèches de gaze et pouvant même contenir un drain.

Ce mode de drainage discuté au cours d'une réunion de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris (séance du 8 décembre 1924) trouva un partisan convaincu en M. J. L. Faure. Et cependant le Mickulicz expérimenté par certains opérateurs eut à son actif quelques insuccès. C'est qu'en effet dans la césarienne, haute, les conditions se prêtent mal à son application. Il semble bien difficile de maintenir exactement au contact de l'utérus le sac introduit profondément dans la grande cavité péritonéale. Le muscle utérin est constamment en mouvement, il se contracte et d'autre part subit une involution considérable. Le Mickulicz manquant de soutien ne peut dans ces conditions jouer qu'imparfaitement le rôle qu'on lui demande.

En ce qui concerne la césarienne transpéritonéale basse, il doit en être tout autrement. L'utérus dans sa partie basse reste fixe, le segment inférieur est au repos. Dès lors, les conditions d'application du Mickulicz deviennent meilleures et le drainage est susceptible de donner ici de bons résultats. La mise en place du sac peut dans certains cas présenter des difficultés. Dans une de nos observations (n° 1215), elle fut même

impossible et le Mickulicz fut remplacé par deux drainages latéraux.

Si dans la césarienne basse le drainage à la Mickulicz présente des avantages véritables, il n'est cependant pas exempt de défauts.

Une des principales critiques formulées par M. Paul Guéniot¹, à propos de la césarienne haute (dans une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris en 1926) reste valable pour la césarienne basse. « Le Mickulicz associé à la césarienne, dit-il, me paraît aussi inférieur à l'opération de Portes, parce qu'en cas d'infection locale et de suppuration consécutive, il ne permet pas de surveiller la cicatrisation de la plaie utérine et de la réparer s'il y a lieu, risquant de laisser un utérus adhérent, mal cicatrisé aminci et exposé lors de grossesse ultérieure à la rupture. »

Tels sont brièvement rappelés les quelques points particuliers de technique qu'il nous a semblé intéressant de signaler. On voit qu'en tout cas la technique générale reste la même et comporte quatre temps principaux :

1^o Laparotomie.

2^o Incision et décollement du péritoine viscéral et de la vessie.

3^o Hystérotomie sur le segment inférieur et extraction de l'enfant et du placenta.

1. Paul Guéniot, Opération césarienne suivie d'extériorisation de l'utérus. *Siè d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 11 janvier 1926.

4° Sutures de l'utérus et protection de la plaie d'hystérotomie.

Un certain nombre de conditions; l'abord moins facile du segment inférieur, l'hémorragie possible, rendent l'exécution de cette technique un peu plus délicate que celle de la césarienne haute. Mais au cours du travail, l'amplication du segment inférieur, l'augmentation de la zone du péritoine, décollable; l'existence d'un plan de clivage inter-vésico-utérin toujours aisé à reconnaître, permettent d'exécuter habituellement la césarienne basse sans qu'on ait à redouter de réelles difficultés.

II. — Choix de l'anesthésie.

Indépendamment des avantages généraux de tels ou tels modes d'anesthésie que nous n'avons pas à envisager ici, il y a lieu de rechercher le procédé anesthésique qui, en cas de césarienne basse, permet de pratiquer l'intervention avec un minimum de shock et un minimum d'hémorragie, cette dernière souillant un champ opératoire que nous savons être en réalité imparfaitement protégé.

D'après les observations de la clinique Baudelocque, il semble que l'anesthésie à l'éther prédispose aux hémorragies parfois notables, justifiant l'emploi de l'ergotine. Ces hémorragies paraissent plus rares avec le chloroforme.

Il nous est difficile actuellement de donner sur ce point des chiffres et de fixer le pourcentage comparé des hémorragies.

A ce point de vue, l'anesthésie rachidienne est vraiment satisfaisante. M. Brindeau¹, M. Weymeersch de Bruxelles² estiment la césarienne basse beaucoup moins sanglante sous anesthésie lombaire.

Du point de vue qui nous intéresse, tant en ce qui concerne l'hémorragie que le shock nous serions tenté de donner la préférence à la rachianesthésie. Si grâce à elle le relâchement musculaire est complet en ce qui concerne les fibres striées, les fibres lisses par contre n'étant nullement touchées, la rétraction de l'utérus restera parfaite. Ce fait, sur lequel insiste M. Brindeau semble s'être vérifié au cours des anesthésies rachidiennes pratiquées à la Clinique Baudelocque. Dans un seul cas il fallut pratiquer une injection d'ergotine.

Mais à côté des avantages véritables de la méthode d'A. R., il existe des inconvénients sérieux et nombreux. Les accidents tardifs comme les maux de tête, parfois persistants ne sont pas exceptionnels. Les accidents immédiats sans être très graves sont parfois impressionnants; dans ces cas on n'a pas, comme avec l'anesthésie générale, la ressource de pouvoir suspendre immédiatement l'administration de la substance toxique. Il faut tenir compte aussi de la mortalité s'élevant d'après les statistiques récentes à 1 pour 1500³.

En 1925, lors d'une réunion de la Société de Gyné-

1. Brindeau, *C. R. Sté d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 9 mars, 1925.

2. Weymeersch, *Sté belge de gynécologie et d'obstétrique*, 3 juillet 1926 (discussion).

3. Schickelê, *Congrès des gynécol. et obstétriciens de langue française* 1923. Des procédés d'anesthésie au cours de l'accouchement (discussion).

cologie et d'Obstétrique de Paris. M. Brindeau¹ publiait l'observation d'un cas de mort par rachianesthésie chez une femme qui allait être césarisée. Jusqu'alors 195 anesthésies rachidiennes avaient été faites sans accident. Dans la discussion qui suivit, M. J. L. Faure rapporta les cas de mort après rachianesthésie observés en chirurgie par MM. Labey (3 pour 600), Sauvé (3 pour 1000), soit en moyenne 1 pour 250, ce qui est une proportion vraiment impressionnante.

En dehors des accidents plus ou moins graves que nous venons d'énumérer, il y a les insuccès dont il faut encore tenir compte.

Somme toute, c'est malgré tout à l'anesthésie générale que semble devoir être gardée la préférence, l'anesthésie rachidienne trouvant néanmoins des indications dans un certain nombre de contre-indications de l'éther ou du chloroforme.

MM. Couvelaire et Portes ont encore employé dans quelques cas (albuminurie, cardiopathies, tuberculose par exemple) l'anesthésie localisée suivant la méthode de Reclus. Ils ont injecté plan par plan la novocaïne en solution à 1/200. Voici leur méthode :

D'abord une demi-heure avant l'intervention, injection de 1 cg. de morphine. Après une injection traçante de novocaïne sur toute la ligne d'incision, et dans les plans profonds de la paroi, incision de celle-ci jusqu'au péritoine. Insensibilisation du péritoine. Mise en place de la valve de Doyen. Injection d'une vingtaine

1. Brindeau, *C. R. Sté d'obstétrique et de gynécologie*. Paris, 9 mars 1925.

de centimètres cubes de novocaïne dans le cul-de-sac vésico-utérin et sous le péritoine utérin. Incision et découverte du segment inférieur. L'incision du segment inférieur est complètement indolore. Incision et extraction de l'enfant.

Malgré cette anesthésie soigneusement pratiquée, un certain nombre de temps sont susceptibles d'être légèrement douloureux, en particulier l'extraction de l'enfant, la délivrance. L'inhalation de quelques bouffées de chloroforme au moment précis de l'exécution de ces temps opératoires amène en quelques secondes une analgésie qui permet à l'opérée de les supporter facilement.

Que faut-il penser de cette méthode? Elle a ses partisans et ses détracteurs. G. B. de Lee la considère comme la méthode de choix, celle qui est susceptible de donner le minimum d'ennui.

Ce qui est incontestable, c'est qu'avec l'anesthésie localisée le shock opératoire paraît très réduit, de telle sorte que ce procédé permet d'intervenir sans danger chez des femmes pour lesquelles une anesthésie générale constituerait un risque important.

CHAPITRE III

LA STATISTIQUE DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE ET SON ÉTUDE CRITIQUE

I. — Les résultats globaux.

Suivant la technique que nous venons d'exposer, 68 opérations ont été pratiquées du 1^{er} janvier 1925 (époque où la césarienne transpéritonéale basse fut introduite à la clinique Baudelocque) au 1^{er} janvier 1927.

Indications. — Dans 63 cas, il s'est agi de dystocie osseuse; le rachitisme figurant 61 fois comme cause du rétrécissement; des deux autres bassins rétrécis, l'un était un bassin cyphotique en entonnoir, l'autre un bassin de luxation congénitale double de la hanche.

En ce qui concerne le degré de rétrécissement du bassin nous noterons que l'intervention a été pratiquée 35 fois après épreuve du travail, fait qui montre que dans plus de la moitié des cas les bassins rétrécis rentraient dans la catégorie des bassins limites.

Dans 5 cas, l'intervention a été pratiquée pour des causes autres que la dystocie pelvienne :

1 fois pour anomalie de la dilatation.

1 fois pour sténose cicatricielle du col.

2 fois pour hémorragie par insertion vicieuse du placenta.

1 fois pour tumeur *prævia* (fibrome du col).

Les conditions au moment de l'intervention. —

Parmi nos 68 opérations 5 seulement ont été pratiquées avant tout début de travail (1 fois il y avait eu hémorragie importante par insertion vicieuse du placenta. 4 fois les membranes s'étaient rompues prématurément et la dystocie fut jugée telle qu'on ne tenta pas l'épreuve du travail).

La presque totalité de nos interventions ont donc été pratiquées au cours du travail, soit tout au début (8 cas), soit plus tardivement (20 cas), soit enfin après épreuve prolongée du travail (35 cas).

L'état des membranes au moment de l'intervention était le suivant : 28 fois elles étaient intactes; 40 fois elles étaient rompues.

Suites opératoires. — Les résultats d'ensemble de notre série opératoire sont les suivants :

2 femmes sont mortes.

66 femmes sont vivantes et dans ces 66 cas : 32 fois les suites opératoires ont été parfaites; 34 fois les suites opératoires ont été fébriles.

En ce qui concerne la *mortalité*, il faut noter qu'une des femmes a été opérée d'urgence après avoir subi en ville plusieurs tentatives d'application de forceps au détroit supérieur (obs. n° 1843). Éjà dans un état grave lors du début de l'intervention, elle est morte de shock avant même d'être sortie de l'anesthésie. On

ne saurait, dans un tel cas, incriminer le genre d'intervention pratiquée. Si d'autre part, nous tenons compte du fait qu'un assez grand nombre d'interventions ont été pratiquées tardivement, nous devons en déduire qu'au point de vue de la mortalité, la césarienne basse donne dans l'ensemble des résultats satisfaisants.

Si nous envisageons maintenant le point de vue morbidité nous notons que dans presque la moitié de nos cas les suites ont été tout à fait normales. En outre dans les cas où les suites furent imparfaites presque toujours la morbidité a été légère, la morbidité importante ayant été constatée 3 fois seulement et comprenant : une phlébite du membre inférieur droit avec embolie pulmonaire non mortelle, une cystite purulente, un abcès de la suture utérine avec localisation de l'infection à la zone inter-vésico-utérine.

Ces résultats globaux sont dans l'ensemble très satisfaisants mais ils ne permettraient guère de se faire une idée exacte de la valeur de la technique d'hystérotomie que nous nous proposons d'étudier. Les suites opératoires sont évidemment sous la dépendance étroite de l'état de l'œuf au moment de l'intervention. Il ne saurait être question de comparer les résultats d'une césarienne pratiquée au début du travail, les membranes étant restées intactes, avec les résultats d'une opération tardive faite à une dilatation avancée avec des membranes rompues depuis longtemps.

Il est indispensable d'établir une classification. Celle-ci, pour être logique devrait être basée sur des

examens bactériologiques du contenu de l'œuf et des voies génitales. Encore ces examens ne renseigneraient-ils que sur la présence de germes définis sans nous donner la notion qui paraît capitale de leur virulence.

En l'absence de tels examens pour le moins complexes (examens dont la précision serait d'ailleurs peut-être plus apparente que réelle, puisque l'appréciation de la virulence des germes est encore à l'heure actuelle pour le moins délicate) nous ne pouvons baser notre classification que sur des données cliniques.

Les risques d'infection utérine ou ovulaire au cours de l'accouchement sont, les faits le prouvent, fonction d'un certain nombre d'éléments et parmi ceux-ci, l'état des membranes joue le rôle essentiel. C'est là une notion suffisamment démontrée pour que nous n'ayons pas à y revenir.

La rupture prématurée des membranes est en particulier à redouter lorsqu'elle se produit un certain temps avant le début du travail. Et c'est dans ces cas qu'il faut craindre bien plus encore l'infection ascendante toujours possible et surtout l'apport de germes au cours de touchers plus ou moins suspects, ou au cours de manœuvres obstétricales par voie basse. Et le danger est grand lorsqu'il existe une infection même en apparence légère des voies génitales (métrite cervicale, vaginite, bartholinite, etc...).

Si la rupture des membranes avant l'intervention constitue un danger, leur intégrité ne saurait apporter une garantie absolue; il peut toujours exister une in-

fection latente au niveau du col, soit que celui-ci soit déjà infecté du fait d'une métrite par exemple, soit qu'il contienne des caillots septiques résidus d'une hémorragie par insertion vicieuse du placenta.

Il y a lieu enfin, dans l'appréciation des risques vis-à-vis de l'infection, de tenir compte de facteurs tels que l'état de la dilatation du col au moment de l'intervention, la durée du travail; et c'est à juste titre qu'on a pu parler d'état de moindre résistance lors de l'épuisement de la femme par un travail particulièrement prolongé.

Les diverses causes favorisantes de l'infection que nous venons de rappeler sont une partie des éléments cliniques sur lesquels nous voulons tenter de baser notre classification. Mais il y a, de l'infection existante, quelques signes cliniques qui sont, l'élévation de la température, la rapidité du pouls, la fétidité du liquide amniotique. Ici ce sont des signes de certitude.

Nous distinguerons donc parmi nos 68 observations des cas purs, des cas suspects d'infection où les conditions cliniques éveillent l'idée d'une possibilité d'infection, des cas infectés où il y a des signes cliniques d'infection.

Les cas purs seront ceux où les membranes seront intactes et où il n'existera aucune cause favorisante de l'infection. Les cas suspects seront ceux où ces causes favorisantes de l'infection existeront (en particulier la rupture des membranes) mais où il n'y aura aucun symptôme clinique d'infection avérée. Les cas infectés seront enfin ceux où signes cliniques généraux ou locaux per-

mettront d'affirmer l'infection existante en l'absence même du contrôle bactériologique.

Il est évident qu'une telle classification ne peut que s'approcher de la réalité. On peut en effet redouter a priori une infection qui n'existe pas et ne pas soupçonner une infection existante; dans tel cas dûment infecté les germes peuvent présenter une virulence très atténuée et n'entraîner que des suites opératoires peu mouvementées alors que la péritonite peut exploser dans un cas où l'infection latente n'était pas soupçonnée. La division de nos cas en trois catégories est forcément trop schématique pour répondre entièrement à la réalité, mais il semble bien que cette classification soit suffisamment conforme à la clinique pour que nous puissions baser sur elle la discussion de nos faits.

II. — Les résultats suivant les conditions initiales

A. — LES CAS PURS¹

Le groupe de nos cas purs comprend 24 observations; toutes les femmes ont été opérées alors que l'œuf était intact. Dans aucun cas il n'y avait cliniquement d'infection des voies génitales basses.

L'indication première a toujours été un rétrécissement du bassin d'origine rachitique et le nombre de cas où l'épreuve du travail a été tentée (12 cas) montre qu'il s'est agi dans la moitié des cas de bassins limités. Trois fois l'opération fut itérative.

1. Voir tableau I.

Suites opératoires. — Mortalité nulle; morbidité toujours sans gravité, tel est le bilan dans son ensemble.

1° Dans 17 cas, les suites opératoires ont été parfaites et si parmi ces 17 cas nous trouvons des durées de travail paraissant assez longues (35 h., 46 h., 36 h., 15 h., 16 h., 11 h. 50), nous ferons immédiatement remarquer que dans un seul de ces cas la dilatation avait dépassé 2 fr. Au point de vue de l'appréciation des risques d'infection ultérieure il semble bien d'ailleurs que lorsque les membranes sont intactes le facteur état de la dilatation a plus d'importance que le facteur durée du travail. (Il n'en est plus du tout de même lorsque les membranes sont rompues.) On conçoit en effet facilement que lorsque après l'intervention la cavité utérine communique largement avec le vagin les dangers d'infection ascendante se trouvent notablement accrus.

2° Dans 7 cas les suites opératoires ont été fébriles et nous ferons immédiatement remarquer que dans 3 de ces cas, la dilatation avait atteint une paume de main alors que pour les 17 cas où les suites furent parfaites, une seule fois la dilatation avait dépassé 2 fr. Le facteur dilatation semble bien avoir joué vis-à-vis de l'infection le rôle favorisant dont nous venons de parler. Même dans les cas purs, la césarienne basse donne donc des résultats meilleurs lorsqu'elle est faite précocement.

En ce qui concerne la morbidité constatée dans les 7 cas que nous venons de signaler il faut tout d'abord

noter que deux fois il s'est agi uniquement d'un hématome infecté de la paroi abdominale, suppuration qui n'a peut être rien à voir avec l'hystérotomie pratiquée.

Ces 2 abcès mis à part il resterait donc au total 5 cas où les suites opératoires furent fébriles. Dans ces 5 cas la température ne dépassa jamais $39^{\circ} 5$ et ne dura que quelques jours, la cause étant une infection utérine légère.

On peut donc conclure que pratiquée 24 fois dans des cas purs la césarienne basse a donné dans les $4/5$ des cas des suites parfaites, la morbidité constatée dans $1/5$ seulement des cas étant toujours sans gravité.

*Césarienne classique et césarienne basse
dans les cas purs.*

3^o Il nous a paru intéressant de rechercher ce que donne la césarienne haute classique pratiquée dans des conditions analogues. Nous avons donc examiné les suites opératoires des 50 dernières césariennes classiques pratiquées à la clinique Baudelocque par les mêmes opérateurs et dans les conditions des cas purs.

Le résultat a été le suivant :

10 fois les suites furent parfaites.

31 fois les suites furent légèrement fébriles (température n'ayant pas dépassé $38^{\circ} 5$).

9 fois la température oscilla entre $38^{\circ} 5$ et $39^{\circ} 5$. et parmi ces 9 cas nous trouvons une morbidité importante comportant : une phlébite du membre inférieur droit guérie, deux fistules utéro-pariétales.

La césarienne classique a donc donné même dans les cas purs une proportion plus élevée de complications que

la césarienne transpéritonéale basse. Cette dernière nous apparaît ici comme une meilleure opération.

Au point de vue des suites immédiates, dans les cas purs, elle se rapproche plus que la corporéale des laparotomies les plus simples.

Nous concluons donc que dans les cas purs la technique de la césarienne transpéritonéale basse nous paraît marquer un progrès sur celle de la césarienne haute classique.

B. LES CAS SUSPECTS¹

A) *Les fails.*

Le groupe des cas suspects comprend 40 observations. Conformément aux conditions que nous avons fixées pour l'établissement de notre classification nous avons mis dans cette catégorie 35 observations d'interventions pratiquées après rupture des membranes depuis plus ou moins longtemps, 5 observations d'interventions pratiquées les membranes étant restées intactes.

Ces 5 derniers cas ont été classés suspects pour les raisons suivantes : deux fois il y avait eu vaginite granuleuse traitée peu avant l'intervention ; deux fois il y avait eu comme indication de l'intervention une hémorragie par insertion vicieuse de placenta, une fois il y avait œdème suspect du col.

Indications. — Elles ont été les suivantes : 36 fois rétrécissement du bassin, 2 fois hémorragie par insertion vicieuse du placenta, 1 fois fibrome *prævie*, 1 fois anomalie de la dilatation.

¹ 1. Voir tableau II.

18 fois l'épreuve du travail fut tentée et nous notons que dans 14 de ces cas les suites furent fébriles.

Suites opératoires. — Le résultat global est le suivant :

1 femme est morte; 39 sont vivantes et dans ces 39 cas, 14 fois les suites furent parfaites, 25 fois, elles furent fébriles.

Ce simple coup d'œil d'ensemble suffit à nous montrer combien sont moins favorables les résultats de la césarienne basse lorsqu'elle est pratiquée au cours du travail, après la rupture des membranes. Dans les conditions optima, celles des cas purs, la mortalité était nulle, la morbidité figurant pour $1/5$ des cas seulement. Dans les conditions moins favorables des cas suspects au cours du travail, après rupture des membranes, la mortalité existe, la morbidité est notable puisque les suites opératoires sont fébriles dans environ les $2/3$ des cas.

L'importance de la rupture des membranes dans les risques d'infection post-opératoire est ici encore démontrée. L'influence de l'état de la dilatation est également facile à prouver. Dans nos 14 cas où les suites furent parfaites, 2 fois seulement la dilatation était pratiquement complète. Dans nos 25 cas où les suites furent fébriles 10 fois la dilatation complète fut notée.

Nous nous sommes contenté jusqu'ici de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les suites opératoires; il faut maintenant étudier plus en détail d'une part la morbidité, d'autre part la mortalité.

Parmi les 25 cas où les suites furent fébriles il y a lieu de mettre à part d'abord 4 cas où l'infection ne fut représentée que par un hématome infecté de la

paroi, cette suppuration pouvant, comme nous l'avons déjà indiqué pour les cas purs, ne pas être imputable à l'hystérotomie pratiquée. Il y a lieu de mettre également à part 1 cas dans lequel la malade opérée était atteinte de tuberculose pulmonaire grave et fit, sous l'influence de la toux, une désunion de la paroi abdominale.

Pour les 20 cas qui restent donc, il faut distinguer ceux pour lesquels la morbidité fut légère, ceux où des complications sérieuses furent notées.

La morbidité sérieuse comprend : 1° une phlébite de la jambe droite avec embolie non mortelle chez une femme opérée à dilatation complète 2 h. 30 après la rupture artificielle des membranes (obs. n° 428); 2° une cystite purulente consécutive à une perforation de la vessie (obs. n° 626) au cours de son décollement chez une femme opérée à dilatation complète les membranes étant intactes, cette femme ayant été traitée peu auparavant pour vaginite granuleuse; 3° un abcès de la suture utérine avec élimination dans les suites de couches d'un fragment sphacélé contenant quelques nœuds de catgut (obs. 2062); l'intervention ayant été pratiquée après épreuve de travail chez une femme traitée à la fin de sa gestation pour vaginite granuleuse.

Nous avons donc au total 3 cas sur 20 dans lesquels la morbidité fut sérieuse. Pour les 17 autres cas, on a noté 7 fois une fiébricité importante, 10 fois une fiébricité légère. Enfin il a été signalé deux fois un début de phlébite.

Ceci montre combien nous sommes loin ici des suites

simples constatées après césarienne basse dans les cas purs.

*B) Césarienne classique et césarienne basse
dans les cas suspects.*

Pour savoir si néanmoins dans les cas suspects la technique de la césarienne basse marque un progrès sur celle de la césarienne classique, il y a lieu d'établir d'abord le bilan de cette dernière intervention dans les cas suspects. Il faudra ensuite rechercher si la césarienne basse nous met mieux que la césarienne haute à l'abri de la péritonite primitive et de la péritonite secondaire.

En ce qui concerne les résultats fournis par l'opération césarienne classique dans les cas suspects il y a lieu de distinguer les suites opératoires de cette intervention pratiquée après rupture des membranes, mais dès le début du travail, opération simplement « retardée » et les suites opératoires de la césarienne véritablement « tardive ».

Nous pouvons en ce qui concerne l'opération retardée, donner les résultats des 50 dernières interventions pratiquées à la clinique Baudelocque.

Les conditions étaient dans l'ensemble les suivantes : membranes rompues depuis moins de 8 heures, durée du travail n'excédant pas 12 h., dilatation ne dépassant pas 2 fr.

Les suites opératoires ont été les suivantes : mortalité nulle; suites parfaites: 13 cas; suites fébriles légères:

22 cas; suites fébriles importantes : 15 cas; morbidité sérieuse : 2 cas (2 phlébites).

La césarienne haute pratiquée après rupture des membranes mais tout au début du travail donne donc des résultats sensiblement comparables à ceux de cette même intervention faite avant la rupture des membranes.

Mortalité mise à part, ces résultats seraient assez rapprochés de ceux que nous a donné la césarienne basse, opération tardive, dans l'ensemble des cas suspects.

En est-il toujours ainsi lorsqu'il s'agit non de la césarienne corporéale retardée mais de cette intervention vraiment tardive?

Ici nous ne pouvons donner une statistique de la clinique Baudelocque. M. le Pr Couvelaire n'est en effet pas partisan de la césarienne haute tardive qu'il considère comme une opération souvent risquée. Force nous est donc de baser notre opinion sur d'autres statistiques. Une des plus récentes est celle de la Maternité¹ de Port-Royal où 41 césariennes hautes ont été faites au cours du travail avancé. Après rupture des membranes (depuis un maximum de quelques heures), la mortalité s'est élevée à 14,3 % dans des conditions analogues Eardley Holland et Munro Kerr (Congrès des gynécologues anglais, 1921) ont observé une mortalité de 10,8 %. Brandt (Congrès des Chirurgiens scandinaves, 1919), 13,6 %, King (New Orléans), 13,7 %, Turquehem

1. E. Risacher, A propos de la thérapeutique des viciations pelviennes, n° *La Pratique médicale française*, avril 1926.

Murray, 11,4 %, Boquel, 13,3 %, M. Brindeau 10 à 27 %.

En ce qui concerne la morbidité dans les cas de césarienne haute tardive, les chiffres ne sont guère moins décevants. Ils oscillent suivant les conditions au moment de l'intervention entre 40 et 60 %/o. Ce sont les chiffres que l'on peut déduire des statistiques de Beck, Kouwer, Mouchotte et si l'on veut pousser plus loin l'investigation et rechercher dans ces chiffres de morbidité ce qui revient à la morbidité sérieuse on trouve qu'elle y figure pour les 2/5 des cas environ.

On comprend dès lors que bien des opérateurs qui se sont abstenus de pratiquer la césarienne haute tardive montrent plus d'enthousiasme vis-à-vis de la césarienne basse. Dans les cas impurs ses résultats sont certainement supérieurs à ceux de l'opération classique.

Peut-on cependant considérer la césarienne basse comme répondant à tous les besoins. Il faudrait pour cela qu'elle nous mît à l'abri de la péritonite primitive et de la péritonite secondaire. Or notre statistique des cas suspects comprend 1 cas de mortalité (obs. n° 2226).

Cette observation est intéressante et mérite d'être rappelée : il s'agissait d'une femme ayant un bassin légèrement rétréci et qui est arrivée à la clinique au cours du travail, les membranes étant rompues depuis une demi-heure; l'examen montra une présentation céphalique élevée. L'épreuve du travail fut tentée. 40 h. après le début du travail, les membranes étant rompues depuis 39 h. 30, la dilatation étant complète

et l'engagement de la tête fœtale se présentant par le front ne se faisant pas, l'intervention fut décidée. La femme ne présentait aucun signe clinique d'infection; la température était de $37^{\circ}7$, pouls voisinant 90. La technique habituelle fut employée et suivie exactement; aucun incident ne fut noté. Or, cette femme mourut 48 h. après l'intervention ayant présenté des signes de septicémie péritonéale, diagnostic confirmé par l'autopsie.

Il s'est agi sans nul doute d'inoculation péritonéale au moment de l'opération alors que rien ne pouvait faire prévoir l'existence d'une infection latente au niveau de l'œuf.

Cette observation prouve que la technique de la césarienne basse ne nous met pas d'une façon absolue à l'abri de la péritonite primitive. Nous pensons même qu'en ce qui concerne les possibilités d'inoculation immédiate la césarienne basse s'accompagne d'une protection du péritoine peut être moins satisfaisante que celle qui existe dans la césarienne haute faite sur l'utérus extériorisé.

Reste à savoir si la protection péritonéale telle qu'elle est réalisée dans la césarienne basse semble devoir être efficace et constituer une barrière vis-à-vis de l'infection péritonéale secondaire. L'observation n° 2662 semble pouvoir nous fournir un argument : il s'agissait d'une femme qui fut admise à la clinique vers la fin de sa gestation; elle présentait un bassin rétréci, une tête fœtale non engagée et d'autre part il y avait eu infection des voies génitales basses (vaginite granuleuse).

Après épreuve du travail ayant duré 13 h. 40, les membranes étant restées intactes, la tête fœtale ne s'engageant pas, l'intervention fut pratiquée. Les suites opératoires furent fébriles, la température oscillant entre 39° et 40°; au 7^e jour on constata dans les lochies l'expulsion d'un fragment de muscle utérin sphacélé contenant 3 nœuds de catgut et provenant sans nul doute de la suture utérine. Le toucher montra devant l'isthme une masse dure du volume d'une noix. Il s'était donc agi d'une infection de la zone opératoire du segment inférieur, infection qui se trouva localisée derrière la vessie et le lambeau péritonéal supérieur se recouvrant en paletot. Il semble bien ici que la technique de la césarienne basse se soit montrée efficace en ce qui concerne la protection contre l'infection péritonéale secondaire. Chez une femme morte de phtisie pulmonaire, et ayant subi peu auparavant la césarienne basse, Walthard a constaté que la séreuse avait empêché la formation d'une péritonite puerpérale malgré des abcès pénétrants et une déhiscence de la paroi cervicale.

Il est cependant des cas où la protection péritonéale s'est montrée inefficace. Perrier dans sa thèse rapporte deux cas de péritonite secondaire par propagation de l'infection à travers la ligne de suture utérine. Risa-cher qui, dans le travail déjà cité, signale deux autres cas de Hamm et Fleurent, rapporte l'observation d'une femme en travail depuis 16 heures, n'ayant perdu les eaux que depuis une demi-heure; aucun signe clinique d'infection; pas de fièvre, pas d'élévation du poulx,

un liquide d'aspect normal. Or, cette femme présenta le 4^e jour tous les signes d'une péritonite aiguë à laquelle elle succomba. L'autopsie montra dans la cavité abdominale, la présence d'un liquide louche et sous un péritoine vésical d'aspect normal, derrière les surjets de recouvrement satisfaisants, une cicatrice utérine désunie et fétide, apportant l'origine de la péritonite. Et l'auteur ajoute : « Ainsi donc, cette femme, opérée dans d'excellentes conditions, ne présentant aucun signe clinique d'infection ovulaire, au point qu'on aurait pu tout aussi bien et sans plus de crainte, pratiquer une césarienne haute, n'en est pas moins morte d'une péritonite par désunion de la cicatrice utérine. C'est dire d'une part combien il est difficile d'apprécier la virulence des germes qui peuvent infecter un œuf ouvert et c'est affirmer d'autre part que la césarienne basse, malgré ses avantages certains et l'amélioration indéniable qu'elle réalise dans les cas impurs ou suspects, ne met pas fatalement à l'abri d'infections graves et reste une opération risquée dans ces conditions ».

Ces conclusions sont tout à fait celles que nous aurions formulées après discussion des 40 observations de cas suspects de notre statistique. Que dans les cas impurs la technique de la césarienne basse réalise un progrès sur celle de la césarienne haute, ceci ne fait aucun doute; la comparaison des chiffres de mortalité et de morbidité est tout à l'avantage de la césarienne transpéritonéale basse. Il n'en est pas moins vrai que pratiquée tardivement, après rupture des membranes, après épreuve du travail, cette intervention devient une

opération de nécessité dont elle présente fatalement les tares. Elle n'est donc plus alors l'opération idéale, celle qui permet de faire face à toute éventualité. Dès que l'œuf est infecté, elle donne un déchet moins important que celui de la césarienne haute mais existant cependant.

C. LES CAS INFECTÉS (1)

Notre statistique ne comporte que quatre cas dans lesquels les conditions initiales ont été telles qu'il nous soit permis de parler cliniquement d'infection de l'œuf au moment de l'intervention. Dans trois de ces cas il semble bien qu'il s'est agi d'une infection légère; la température n'avait pas dépassé 38°5 le liquide amniotique n'était pas fétide. Dans le quatrième cas (obs. 1843) la température n'était que de 38°4, mais la femme en travail depuis longtemps avait subi plusieurs applications de forceps en vllle, présentait une albuminurie notable, et il semble bien qu'on puisse ici parler cliniquement d'infection sérieuse. Il est bien évident qu'il nous manque pour faire cette distinction des degrés de l'infection, le véritable témoin qu'est l'examen bactériologique.

a. — *Cas où l'infection paraît légère.* — Dans ces 3 cas deux fois l'indication opératoire première a été le rétrécissement pelvien, 1 fois la rigidité cicatricielle du col. Dans ces trois cas il y avait eu rupture prématurée des membranes longtemps avant l'intervention. L'épreuve du travail fut tentée. En raison de l'in-

1. Voir tableau III.

fection au moment de l'intervention l'opération césarienne basse a été complétée par un drainage; deux fois le Mickulicz type fut employé, 1 fois on dut se contenter de deux drainages latéraux.

Les suites opératoires ont été les suivantes : aucune femme n'est morte; les suites ont été normales 1 fois; légèrement fébriles deux fois. Aucune complication sérieuse n'a été notée.

On peut donc dire : très bons résultats. Nous ferons remarquer que dans ces 3 cas, malgré une durée de travail assez longue, la dilatation était peu avancée n'ayant pas dépassé 2 fr.

Que peut-on penser de la césarienne basse dans les cas où l'infection n'est que légère? Nos résultats laissent supposer que le Mickulicz dans ces cas se montre efficace. La chose est possible d'autant que le drainage est appliqué dans une région au repos. Le Mickulicz n'est cependant pas exempt de reproches, nous l'avons signalé au chapitre technique.

Ce que nous savons en tout cas de la césarienne basse dans les cas suspects nous permet en partie de prévoir ce que peut donner cette intervention dans les cas infectés. Nous avons vu que pratiquée simplement après rupture des membranes la césarienne basse devenait une opération risquée. Les dangers ne peuvent que s'accroître si les chances d'infection augmentent, d'autant que la technique de la césarienne basse ne nous met pas d'une façon certaine à l'abri de la péritonite primitive et de la péritonite secondaire.

En complétant la césarienne basse par le Micku-

liez nous nous mettrons peut être, dans les cas d'infection légère, à l'abri de complications sérieuses. Mais n'ayant pas la possibilité de mesurer le degré de virulence des germes il pourra arriver aussi que nous ayons supposé légère une infection en réalité virulente. Et nous ne croyons pas que le Mickulicz dans ce cas sera une barrière suffisante contre l'infection grave. Même avec le Mickulicz en l'absence de contrôle bactériologique, la césarienne basse, dans les cas supposés légèrement infectés, restera une opération risquée. On sera donc déjà dans ces cas en droit de discuter l'opportunité d'une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus, surtout si cette opération, malgré ses inconvénients techniques, devient susceptible de nous apporter une sécurité plus grande.

b. — Cas où l'infection paraît sérieuse. — Il s'est agi d'une opération d'urgence. La femme fut amenée à la clinique 25 h. après le début du travail. 19 h. 15 après la rupture des membranes, ayant une température de 38° 4. La dilatation était complète et plusieurs tentatives d'application de forceps au détroit supérieur avaient été faites en ville sans succès. L'enfant étant vivant la césarienne basse avec drainage fut pratiquée d'urgence. La femme, albuminurique, mourut quelques instants après l'intervention sans être sortie de l'anesthésie. L'enfant qui présentait un enfoncement du frontal mourut le surlendemain.

Il serait injustifié de rattacher la mort de la femme au type d'opération adopté. Toute autre intervention aurait sans doute donné un résultat analogue.

Il nous est bien difficile, dans l'état actuel de notre statistique, de tirer des conclusions en ce qui concerne la césarienne basse dans les cas très infectés. On peut dire que jusqu'ici cette intervention n'a guère été employée dans les cas d'infection sérieuse, la plupart des opérateurs la considérant alors comme dangereuse.

Jusqu'à 1923, c'est à la césarienne mutilatrice qu'on a eu recours à la clinique Baudelocque chaque fois qu'on s'est trouvé en présence d'un cas d'infection certaine.

De 1920 à 1927 la césarienne mutilatrice a été pratiquée 5 fois dans des cas de dystocie pelvienne après épreuve du travail. Les résultats ont été favorables. Est-ce à dire qu'il doit en être toujours ainsi? Une statistique de la Maternité publiée par Risacher accuse dans le même laps de temps une mortalité de 15,3 %. Cette divergence des résultats ne peut être due qu'à des différences considérables dans les conditions initiales des divers cas, en particulier à la plus ou moins grande virulence de l'infection.

En tout cas l'hystérectomie n'apporte pas une sécurité absolue et le sacrifice de l'utérus apparaît dès lors comme vraiment considérable.

C'est le désir de sauver l'utérus qui a amené M. Portes à imaginer la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. Cette technique fut expérimentée en 1923 à la Maternité et à la clinique Baudelocque. Depuis, elle a été tentée par divers opérateurs tant en France qu'à l'étranger et elle a fait l'objet de nombreuses discussions et publications.

La césarienne suivie d'extériorisation de l'utérus permet de tenter la conservation de l'utérus et en tout cas laisse la possibilité de pratiquer l'hystérectomie très simplement en cas de nécessité. Une observation apportée par Risacher et Laffitte à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris l'a parfaitement démontré. Le seul fait que d'après les toutes premières statistiques publiées la césarienne suivie d'extériorisation n'a donné qu'une mortalité de 10 % semblerait montrer que cette intervention doit être pratiquée de préférence à la césarienne mutilatrice qui dans des cas analogues s'accompagne d'une mortalité de 15.3 %.

Une statistique apportant des faits nombreux doit être publiée sous peu. Elle nous permettra peut-être de savoir s'il y a lieu d'étendre les indications jusqu'ici très limitées de la césarienne de Portes.

Si, en tout cas, il semble bien que la césarienne basse doive être considérée comme dangereuse lorsque l'infection est dans la place (et ce sera la doctrine admise à la clinique Baudelocque, jusqu'à ce que des faits suffisamment nombreux soient venus prouver le contraire), si d'autre part la césarienne mutilatrice n'apporte pas, vu sa gravité, une sécurité suffisante, quelle sera l'opération de choix à pratiquer dans les cas infectés?

Si l'infection n'est cliniquement que légère peut-être donnerons-nous la préférence à la césarienne basse avec drainage à la Mickulicz, surtout si des résultats heureux viennent s'ajouter à ceux que nous avons déjà constatés.

Mais la prudence engagera sans doute à réserver à la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus les cas d'infection plus sévère surtout si dans la suite des statistiques viennent nous prouver que cette intervention permet dans nombre de cas de sauvegarder l'utérus et la fonction de reproduction sans faire courir à la femme des risques sérieux.

Nous n'avons pas discuté dans cette étude les résultats des procédés de suture utéro-pariétale préconisés par Kouwer avec la césarienne classique, employés par M. Jeannin avec la césarienne basse. Ces techniques n'ont encore jamais été expérimentées à la clinique Baudelocque.

Conclusion. — Pour nous résumer, dans l'état actuel des choses, si nous avons à poser une indication opératoire dans des cas différents nous réserverions aux cas purs la césarienne basse typique, aux cas suspects la césarienne basse avec ou sans drainage, aux cas infectés où cliniquement l'infection paraît peu sérieuse, la césarienne basse avec drainage ou la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus, aux cas très infectés la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus ou la césarienne suivie d'hystérectomie.

CHAPITRE IV

LE PRONOSTIC ÉLOIGNÉ DE LA CÉSARIENNE TRANSPÉRITONÉALE BASSE

Pour se faire une idée exacte de la valeur de la césarienne basse il ne suffit pas de rechercher quels sont ses résultats immédiats. Il y a lieu d'établir également quel sera l'avenir obstétrical des opérées. Deux points sont particulièrement intéressants à connaître : 1° les femmes précédemment césarisées pourront-elles mener à terme une nouvelle gestation et si la cause de dystocie n'a été que temporaire, l'accouchement spontané sera-t-il possible sans danger? 2° En cas de nécessité de césarienne itérative, quelles seront les difficultés techniques susceptibles d'être rencontrées, dans quelle proportion les rencontrera-t-on.

A) Valeur de la cicatrice.

Le premier point qui nous intéresse c'est en somme celui de la valeur de la cicatrice après césarienne, portant sur le segment inférieur.

a) *Valeur anatomique.* — C'est à la faveur des césariennes itératives qu'il devient possible de se rendre

compte de l'aspect macroscopique et microscopique de la cicatrice utérine. Notre statistique ne comporte que cinq opérations itératives¹. Une seule fois, il y avait un amincissement portant sur la suture dans son ensemble, dans les autres cas la cicatrice était de très bonne qualité, presque invisible à un examen extérieur.

Ces résultats favorables sont tout à fait d'accord avec ceux qui ont été précédemment signalés par divers opérateurs. Hartmann, Gaifani, Hauch, Perrier. Max Wetterwald² ont pu, à l'occasion de césariennes basses itératives constater la réparation parfaite de la plaie utérine. La « restitutio ad integrum » a même été plusieurs fois signalée; c'est ainsi que Gaifani pratiqua l'hystérectomie en vue de la stérilisation chez une femme qui, délivrée par césarienne basse, avait conduit à bien une deuxième gestation, et il constata microscopiquement la restauration histologique parfaite des tissus.

b) *Valeur physiologique.* — Les gestations ultérieures et surtout les accouchements spontanés chez des femmes précédemment césarisées permettent d'établir la valeur physiologique de la cicatrice intéressant le segment inférieur.

4 sur nos 68 opérées sont redevenues enceintes et ont mené leur gestation à terme. Nous n'avons à si-

1. L'une de ces observations est toute récente (obs. n° 642, 1927); nous nous permettons d'en parler bien qu'elle soit en dehors de nos 68 cas de césarienne basse.

2. Max Wetterwald, A propos de l'avenir obstétrical des femmes ayant subi la césarienne transpérilonéale basse. *Gynécologie et Obstétrique*, n° 2, février 1926.

gnaler ni avortement, ni accouchement prématuré. Mais Wetterwald qui a suivi 101 femmes ayant subi la césarienne basse à la Maternité de Saint-Gall a constaté chez 45 de ces opérées des gestations nouvelles; 53 de ces gestations allèrent à terme. 7 fois il y eut avortement ou accouchement prématuré. Encore faudrait-il, pour tenir compte de ce chiffre, être fixé exactement sur la cause de l'arrêt de la gestation.

Ces seuls faits suffiraient néanmoins à prouver que les femmes ayant subi la césarienne basse peuvent dans la majorité des cas redevenir enceintes et mener à terme leur gestation.

Sont-elles susceptibles d'accoucher spontanément? Telle est la 2^e question qui se pose.

Nous rapportons à ce sujet l'observation suivante¹ :

C'est l'observation d'une femme arrivée à la clinique en travail, étant enceinte pour la 2^e fois. Lors de son premier accouchement cette femme fut opérée à la clinique Baudelocque. Nous avons donné cette observation en détail plus haut (Obs. n° 2.062); elle est intéressante en ce que les suites opératoires furent fébriles et qu'au 7^e jour la femme expulsa dans des lochies puriformes un fragment de muscle utérin sphacélé contenant plusieurs nœuds de catgut (examen histologique du 5 septembre 1925 fait par le Dr Verne). L'examen de la femme montra la présence d'une petite suppuration inter-vésico-utérine.

1. Observation 1026 du 20 avril 1927.

Tout porterait à croire qu'il faille tenir pour très douteuse la valeur d'une cicatrice utérine formée dans de telles conditions.

Or, la femme est redevenue enceinte, a mené à terme sa 2^e gestation sans présenter aucune douleur particulière. Malgré les conseils qui lui ont été donnés, elle ne s'est pas faite hospitaliser avant le début du travail. Elle est donc arrivée le 26 avril à la clinique Baudelocque, étant en douleurs depuis plusieurs heures. L'examen à l'entrée a montré : une hauteur utérine de 31 cm., une tête fœtale non engagée, mais fixée et ne paraissant pas déborder; dilatation comme 2 fr., membranes intactes, bruits du cœur fœtal normaux. En raison de ces conditions favorables, l'enfant ne semblant pas volumineux, malgré les risques tenant au mauvais état possible de la cicatrice utérine, M. Lacomme, chef de clinique, qui vit la femme, décida de lui laisser la chance d'accoucher spontanément, mais recommanda une surveillance stricte.

Au cours du travail, la tête s'engage et après une durée de travail de 12 heures, les membranes venant de se rompre, la dilatation étant complète, on fit pousser la femme. Après 30 minutes d'efforts expulsifs et de bonnes contractions utérines la femme accoucha très simplement d'un enfant vivant de 3 kg. 170, présentant un bipariétal de 8 cm. 9, 30 minutes après l'accouchement délivrance naturelle du placenta pesant 470 grammes.

Suites de couches : elles ont été légèrement fébriles du 2^e au 8^e jour; légère endométrite.

Sortie de la femme, le 12^e jour, guérie.

Cette observation est tout à fait intéressante tant au point de vue du 1^{er} accouchement qui a montré l'efficacité de la barrière péritonéale contre la péritonite secondaire que du point de vue du 2^{me} accouchement qui établit les faits suivants : après une 1^{re} césarienne basse suivie d'infection locale de la plaie utérine, une nouvelle gestation a pu survenir qui a été menée à terme sans aucun incident. Tout portait à croire que la cicatrice par seconde intention du segment inférieur serait de mauvaise qualité. Or, les contractions utérines ont été tout à fait normales et l'accouchement s'est passé très simplement. Il est intéressant de rapprocher cette observation d'un cas rapporté par Phaneuf et cité par Enghelard dans sa thèse¹ : Une césarienne itérative fut pratiquée chez une femme ayant présenté, lors de sa première intervention, une infection sévère de la plaie opératoire avec déhiscence de la plaie utérine avec, comme conséquence, une fistule utéro-pariétale qui guérit secondairement. Dans sa seconde intervention, Phaneuf ne put reconnaître la place de la première cicatrice. Il n'en est évidemment pas toujours ainsi puisque de temps en temps on signale un cas de rupture utérine.

Néanmoins, il semble bien qu'après césarienne basse la valeur de la cicatrice soit en général telle que l'accouchement spontané soit assez souvent possible. Max Wetterwald en signale 34 sur 54 gestations sur-

1. Enghelard, *Contribution à l'étude de la césarienne tardive*, thèse Paris, 1926.

venues chez 45 opérées, ce qui fait une proportion de 62 %. En outre parmi ces femmes « une a accouché 6 fois spontanément, une autre encore 4 fois, une troisième 3 fois, une quatrième de même 3 fois. » Enfin deux autres femmes ont accouché 2 fois.

Lichtenstein¹ a pu observer, après césarienne basse outre des gestations simples, une gestation gémellaire avec hydramnios chez une secondipare; l'accouchement dura 48 heures et se termina par version et extraction des deux enfants pesant 1390 et 2400 grammes; il existait 6.000 grammes de liquide amniotique.

Un premier point paraît donc établi; c'est dans la plupart des cas la bonne qualité de la cicatrice portant sur le segment inférieur et pouvant faire escompter l'accouchement spontané.

Mais il y a lieu de rechercher à présent dans quelles proportions se rencontrent les ruptures utérines.

Nous n'en avons observé aucune. Quelques cas isolés sont signalés par différents auteurs. Franz en rapporte 4, Freund, Vogt, Martin, Muller en ont signalé chacun un. Max Wetterwald qui en a observé également un cas et a fait des recherches à ce sujet a trouvé en tout 10 cas de rupture utérine relatés dans la littérature et cela pour une statistique de 3600 cas de césarienne supra-symphysaire. Et recherchant le « rapport qui existe entre le nombre des ruptures et celui des accouchements ultérieurs » Max Wetterwald est arrivé au taux de

1. Lichtenstein cité par Perrier. *Thèse*, Strasbourg, 1923.

3 %. Ces chiffres font immédiatement penser que les cicatrices portant sur le segment inférieur doivent être considérées dans la grande majorité des cas comme étant en général solides.

B) Les difficultés techniques de la césarienne basse itérative.

Elles peuvent tenir soit au fait d'adhérences de la vessie et du péritoine au segment inférieur entraînant des difficultés dans leur décollement, soit au fait d'adhérences ou de brides reliant l'utérus à la paroi abdominale ou aux organes voisins, en particulier de l'intestin. Il y aurait encore à envisager des difficultés possibles du fait de complications, telles que les fistules utéro-pariétales.

Ces dernières, disons-le tout de suite, sont rares. Les collections infectées limitées au voisinage de l'utérus sont néanmoins susceptibles de venir se vider à la peau, laissant ensuite des trajets fistuleux. Une telle complication a été constatée à la Maternité chez une femme opérée après rupture prématurée des membranes et épreuve du travail. Les adhérences du péritoine et de la vessie au segment inférieur ne paraissent pas fréquentes. Nous en avons cependant observé dans un cas. Elles sont susceptibles de se rencontrer surtout, semble-t-il, lorsque la première opération a été pratiquée dans un cas impur. (C'est ce que nous avons observé une fois (obs. n° 1413). Il s'agissait d'une femme qui, pour son premier accouchement, fut

envoyée à la clinique, l'enfant se présentant par le front; le travail durait depuis 17 heures, les membranes étaient rompues depuis 24 heures; la température était de 38° 5, pouls 100. Le début d'infection fit poser l'indication d'opération césarienne basse avec drainage à la Mickulicz. Les suites opératoires furent très simples.

Cette femme étant redevenue enceinte fut surveillée à la clinique. L'épreuve du travail fut tentée, l'enfant ne paraissant pas volumineux, la tête fléchie ne paraissant pas déborder franchement. Au bout de 14 h. de travail, à dilatation complète, la tête ne s'engageant pas après rupture artificielle des membranes, l'indication de césarienne basse itérative fut posée. Au cours de l'intervention on nota la présence d'adhérences épiploïques qui furent ligaturées et sectionnées. D'autre part, on constate une adhérence de la vessie à l'utérus nécessitant une véritable dissection au bistouri. La cicatrice du segment inférieur avait un aspect étoilé et parut mince. On en fit la résection.

Cette observation montre bien les difficultés réelles qui peuvent se rencontrer lors d'une opération itérative et il n'est pas douteux que de telles difficultés puissent entraîner dans certains cas, certainement rares, des complications telles que la déchirure de la vessie. Perrier dans sa thèse en signale un cas. Au cours du décollement du péritoine on nota des difficultés qui nécessitèrent le refoulement très bas de la vessie. Dans les jours qui suivirent la femme présenta des signes d'infection grave avec ballonnement abdominal, tem-

pérature élevée. Les urines contenaient de l'albumine, des hématies nombreuses et quelques rares leucocytes. La malade mourut et l'autopsie montra la présence d'une fistule vésico-cervivale de la grandeur d'une pièce de dix centimes.

Il faut reconnaître qu'en général les déchirures de la vessie au cours de son décollement n'entraînent pas de suites aussi fâcheuses. Diagnostiquées elles sont aisément réparables. Elles constituent en tout cas un accident peu fréquent. Nous n'avons rencontré cet accident que dans un cas (obs. n° 626) et encore chez une femme qui, opérée pour la première fois, avait présenté dans les derniers mois de sa gestation une vaginite granuleuse. A l'ouverture de l'abdomen, on nota que les tissus vésicaux paraissaient œdématisés. Au décollement de la vessie on constata en outre leur friabilité. Malgré les précautions prises il se produisit une petite déchirure de la vessie qui fut réparée immédiatement.

Dans les suites opératoires la femme présenta une cystite purulente, mais au bout de quelques semaines, elle put quitter la clinique complètement guérie.

En ce qui concerne les brides épiploïques et les adhérences utéro-pariétales elles sont en général signalées comme rares par les divers auteurs. Nous en avons cependant rencontré dans deux cas (obs. n° 1413 et obs. n° 642, 1927). Dans l'observation n° 1413, la première intervention avait dû être complétée par un drainage à la Mickulicz en raison de l'existence d'un léger degré d'infection. Il n'est pas extraordinaire

qu'en pareil cas il y ait eu réaction péritonéale tant du fait de l'infection que de la présence du Mickulicz formant corps étranger susceptible d'irriter la séreuse. Les brides épiploïques constatées furent en tout cas simplement ligaturées et sectionnées sans que cela ait entraîné de réelle difficulté. C'est ainsi que les choses se passent le plus souvent.

Conclusion. — Il apparaît bien que la cicatrice portant sur le segment inférieur est dans la majorité des cas de bonne qualité puisqu'elle permet, outre l'épreuve du travail, la perspective d'un accouchement spontané dans les conditions les plus simples. Le fait que la rupture utérine après césarienne basse ne se rencontre que rarement est un argument de plus venant appuyer fortement cette façon de voir. En outre les difficultés rencontrées au cours des césariennes itératives apparaissent comme n'étant qu'exceptionnellement sérieuses. A l'appui de ceci nous citerons Franz qui a pratiqué 4 fois la césarienne basse avec succès sur la même femme et à trois reprises dans 16 autres cas; Grabich rapporte 18 cas semblables, de Porenta 3 et Bettiker 1¹.

Nous voyons donc que le pronostic tardif de la césarienne basse apparaît comme vraiment favorable.

En ce qui concerne celui de la césarienne classique

1. Franz Grabich de Porenta Bettiker cités par Max Wetterwald. *Gynécologie et Obstétrique*, février 1926.

nous possédons un document de la clinique Baudelocque, c'est la thèse de Morisson Lacombe¹.

Les résultats sont les suivants :

Dans 84 0/0 des cas les gestations survenant après opération classique peuvent aller à terme.

Les adhérences de l'utérus à la paroi, à l'épiploon sont fréquentes. Sur 50 césariennes itératives, elles ont été rencontrées dans 32 cas se répartissant ainsi : 18 légères; 6 multiples, 2 symphyses utéro-pariétales.

Quant aux adhérences à l'intestin, elles sont rares mais toujours graves. Dans un quart des cas les adhérences représentent des séquelles dignes d'arrêter l'attention. Elles peuvent entraîner des complications dont la plus grave est l'occlusion intestinale.

En ce qui concerne la cicatrice utérine, sur 41 cas on a noté : 16 cicatrices bonnes; 8 amincissements légers; 3 amincissements partiels; 5 amincissements notables; 2 amincissements considérables; 2 ruptures.

Malgré l'amélioration de la technique la proportion inévitable des ruptures utérines reste de 4 0/0.

Enfin, en ce quiconcerne les fistules utéro-pariétales provenant en général de l'élimination d'un catgut non résorbé ou plus fréquemment d'une soie, elles se rencontrent dans environ 4 0/0 des cas.

En ce qui concerne le pronostic tardif, la comparaison des faits et des chiffres que nous venons de signaler montre que le bilan de la césarienne basse apparaît

1. L'avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne. *Thèse*, Paris, 1922.

comme bien moins chargé que celui de la césarienne corporeale. Les statistiques publiées tendent à prouver que les avantages théoriques reconnus à l'hystérotomie portant sur le segment inférieur doivent être tenus pour pratiquement réels.

Du point de vue pronostic tardif la césarienne basse apparaît comme étant une bonne opération.

OBSERVATIONS

Cas purs

Obs. n° 215 (1925). — II pare. *Premier accouchement* : forceps, fille 3 kg. 130, morte immédiatement.

Deuxième accouchement : admise au dortoir pour tête mobile au-dessus du DS; utérus dévié, bassin généralement rétréci PSP : 10,4, membranes intactes, col incomplètement effacé.

Epreuve du travail 12 h., dilatation 2 fr., membranes intactes; disproportion nette entre la tête fœtale et le bassin.

Intervention : opération césarienne transpéritonéale basse, anesthésie à l'éther après tentative infructueuse de rachianesthésie, technique habituelle. Hémorragie notable nécessitant 1^{cc}. ergotine. Suites opératoires : fébriles 15 jours, température ayant atteint 39° 7 le 5^e et le 6^e jour.

Obs. n° 253. (1925)— I pare, 26 ans soignée pour syphilis et présentant un souffle d'aortite. BW + +

Bassin aplati PSP : 10,8, sacrum redressé.

Epreuve du travail 35 heures, membranes intactes, dilatation 2 fr., bruits du cœur normaux.

Intervention : opération césarienne basse transpéritonéale, anesthésie chloroforme, extraction d'un enfant pesant 3 kg. 130, placenta 510.

Suites opératoires : normales. Sort le 22^e jour.

Obs. n° 401 (1925). — I pare, 17 ans, admise au dortoir pour bassin plat rachitique PSP : 10,8, tête au-dessus du DS fixée, tangente au plan de la symphyse, membranes intactes enfant vivant.

Epreuve du travail 46 heures, membranes intactes, dilatation 2 fr., pas d'engagement, tête mal fléchie. Opération césarienne transpéritonéale basse, tentative infructueuse de rachianesthésie, anesthésie au chloroforme.

Technique habituelle, extraction d'un enfant vivant pesant 3 k. 500, placenta 720, 1^{cc} d'ergotine pour atonie de l'utérus.

Suites opératoires : normales, sort le 22^e jour guérie.

Obs. n° 502 (1925). — I pare 20 ans, arrivée au début du travail, bassin légèrement rétréci et canaliculé; tête mobile débordant, légère albuminurie, membranes intactes. Opération césarienne transpéritonéale basse, anesthésie locale à la novocaïne à 1/200 adrénalinée, injection de 60^{cc} pour la laparotomie, incision non douloureuse, injection de 20^{cc} dans le péritoine utérin. Incision du péritoine suivant la technique habituelle.

Le segment inférieur apparaît peu développé, d'où incision courte, quelques bouffées de chloroforme sont nécessaires pour l'extraction de l'enfant qu'il faut faire au forceps (enfant pesant 3 k. 830), suite de la technique normale.

Suites opératoires : normales.

Obs. 576 (1925). — I pare 30 ans admise au dortoir pour bassin généralement rétréci PSP : 10,4, tête élevée mobile, épreuve du travail 36 heures, membranes intactes, dilatation 50 c. pas d'engagement.

Opération césarienne transpéritonéale basse (M. Sureau), anesthésie rachidienne à la scurocaïne 10 cg. bon résultat.

Technique habituelle, l'extraction de l'enfant montre une brièveté accidentelle du cordon.

Suites opératoires : normales.

Obs. n° 701 (1925). — I pare 32 ans, admise au dortoir pour bassin aplati et généralement rétréci, PSP : 10,4, pas d'engagement de la tête.

Epreuve du travail : 10 heures.

A dilatation petite paume, membranes intactes. Opération césarienne transpéritonéale basse, anesthésie éther.

Technique habituelle, hémorragie assez abondante, utérus mou nécessitant 1^{cc} d'ergotine, enfant vivant pesant 3 kg. 680.

Suites opératoires : subfébriles 8 jours, température n'ayant pas dépassé 38 ° 8, sort le 21^e jour guérie.

Obs. n° 709 (1925). — I pare 22 ans, admise au dortoir pour bassin généralement rétréci, PSP : 10, promontoire bas, sacrum redressé, pas d'engagement de la tête fœtale.

Epreuve du travail : 8 heures, membranes intactes, dilatation 50 c. tête paraissant nettement déborder.

Opération césarienne transpéritonéale basse (M. Sureau), anesthésie éther.

Technique habituelle, hémorragie assez abondante nécessitant 1^{cc} ergotine.

Extraction difficile de l'enfant après version 3 k. 670. 3 heures après l'intervention, perte de sang, 1^{cc} d'ergotine.

Suites opératoires : subfébriles 6 jours.

Obs. n° 834 (1925). — II pare 34 ans (premier accouchement basiotripsie), admise à dilatation, grande paume, membranes intactes, pas d'engagement de la tête, bassin paraissant généralement rétréci.

Opération césarienne transpéritonéale basse (M. Desnoyers), anesthésie éther.

Technique habituelle, enfant pesant 2 kgr. 860.

Suites de couches : apyrétiques le 4^e jour puis ascension progressive de la température à 39° 1, douleur dans la région lombaire droite.

Sortie sur sa demande le 14^e jour.

Obs. n° 841 (1925). — II pare 26 ans (première gestation avortement). Admise pour bassin généralement rétréci, sacrum plat PSP : 10 cm. tête au-dessus du DS débordant nettement au début du travail, dilatation 1 fr. membranes intactes. Opération césarienne basse (M. Desnoyers); anesthésie éther, technique habituelle, incision ayant remonté sur le corps utérin de 1 à 2 cm.

Enfant pesant 2 kg. 650.

Suites opératoires : normales.

Obs. n° 883 (1925). — II pare 30 ans (première gestation avortement), admise au dortoir pour albuminurie; bassin généralement rétréci, PSP : 10,2, promontoire élevé, sacrum plat, tête élevée mobile, épreuve du travail : 11 h. 50, tête débordant nettement, col effacé, membranes intactes. Opération césarienne basse (M. Sureau.)

Technique habituelle, anesthésie éther. enfant pesant 2 k. 950.

L'utérus se rétracte mal et saigne notablement, 1^{re} d'ergotine, dilatation du col aux bougies de Hégar.

Suites opératoires : normales, sort le 20^e jour.

Obs. n° 983 (1926). — II pare 21 ans.

Premier accouchement : (Obs. 316) bassin rétréci, PSP : 10,1, sacrum en hameçon, rupture prématurée des membranes, opération césarienne basse (M. Portes), rachianesthésie, extraction d'un enfant vivant pesant 2 k., 800, mort de méningite au bout d'un an.

Deuxième accouchement : admise au dortoir vers la fin de la gestation, la malade présente une éventration datant de l'opération antérieure.

20 mai : la femme accuse des douleurs permanentes dans le bas-ventre du côté du segment inférieur qui, au palper, paraît très mince. Les contractions de l'utérus ne paraissent pas augmenter sensiblement cette douleur permanente.

Col entr'ouvert mais peu diminué de longueur. Néanmoins, étant donné l'existence de la douleur permanente au niveau du segment inférieur l'intervention immédiate est décidée par M. le professeur Couvelaire.

Intervention : MM. Portes, Desnoyers.

Anesthésie rachidienne à la scurocaine (10 cg.) demandée par la femme.

Laparotomie sous-ombilicale, la vessie remonte haut sur le segment inférieur mais son adhérence est assez faible et il est facile de décoller le péritoine en haut, la vessie en bas. La cicatrice de la suture antérieure est fibreuse, légèrement froncée à ses deux extrémités. L'épaisseur du segment inférieur à ce niveau, lorsqu'on l'incise, ne paraît pas plus mince que normalement.

Extraction facile d'une fille de 2 kgr. 960. délivrance sans incidents, suture de l'utérus sans résection de la première cicatrice. Points séparés au catgut n° 3, surjet d'enfouissement au catgut n° 1, la vessie est rabattue sur la cicatrice et suturée à l'utérus et au péritoine par un double surjet. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires : normales.

Obs. n° 1343 (1925). — 1 pare 20 ans. admise au dortoir pour bassin généralement rétréci, PSP : 10,2. tête élevée paraissant déborder légèrement.

Epreuve du travail: 10 heures, dilatation 1 fr., membranes intactes, pas d'engagement, débordement net. Opération césarienne basse (M. Desnoyers), anesthésie éther.

Technique habituelle, le segment inférieur étant encore court l'incision remonte de 1 cm. 1/2 sur le corps.

La délivrance présente quelques difficultés, les membranes adhérentes se déchirant facilement. Extraction d'un enfant pesant 3 k. 270. pas d'hémorragie, léger shock à la fin de l'intervention.

Suites opératoires : normales.

Obs. n° 1363 (1926). — II pare 32 ans (première gestation accouchement prématuré 8 mois, siège). Admise au début du travail : bassin généralement rétréci, PSP : 10,2, présentation de la face, tête paraissant déborder fortement le plan pubien ; utérus cordiforme. Au toucher : dilatation 50 cm. col épais, membranes intactes.

9 heures après le début du travail, débordement franc, membranes intactes, même dilatation.

Opération césarienne basse (M. Desnoyers), anesthésie chloroforme.

Technique habituelle, difficulté d'extraction de la tête nécessitant la prolongation de l'incision de 2 cm. en haut sur le corps utérin, enfant pesant 3 k. 390.

Utérus mou, se rétractant mal, hémorragie, 1^{re} d'ergotine, sérum glucosé isotonique 250cc sous-cutané.

Suites opératoires : normales, sort le 24^e jour.

Obs. n° 1420 (1926). — II pare 25 ans.

Première gestation après épreuve du travail, opération césarienne basse (M. Portes) pour dystocie pelvienne, bassin généralement rétréci et aplati, PSP : 10,6 (Obs. n° 823).

Gestation actuelle : admise au dortoir vers la fin de la gestation HU : 43 cm. tête mobile paraissant déborder largement le plan de la symphyse.

Au début du travail : opération césarienne basse itérative *systématique* (M. Desnoyers), anesthésie éther, technique habituelle, pas d'adhérences, cicatrice du segment inférieur parfaite, invisible, poids de l'enfant : 3 k. 980.

L'épreuve du travail n'a pas été tentée en raison du gros volume apparent de l'enfant, du peu d'efficacité des contractions utérines (le col était à peine complètement effacé après 4 heures de travail), d'une douleur permanente siégeant au niveau du segment inférieur ; enfin la tête fœtale pas d'aplomb, tendait à fuir dans la fosse iliaque gauche.

Suites opératoires : température n'ayant pas dépassé

38 °2, lochies légèrement fétides vers le 3^e jour. Sort le 22^e jour guérie.

Obs. n° 1932 (1925). — I pare 23 ans, admise au dortoir pour bassin aplati dans le sens antéro-postérieur et canaliculé PSP : 10,4, sacrum plat.

Au bout de 9 heures de travail col incomplètement effacé, tête débordant franchement.

Après 15 heures de travail : opération césarienne transpéritonéale basse (MM. Portes, Lacomme), anesthésie locale, morphine 1 cg., anesthésie de la paroi plan par plan à la novocaïne à 1 %. Incision sans incident de la paroi et mise en place d'une valve. Injection de novocaïne dans le cul-de-sac vésico-utérin, traction sur la vessie douloureuse : à ce moment, quelques bouffées de chloroforme. Suite de la technique habituelle, enfant vivant pensant 3 k. 320 : quelques bouffées de chloroforme pour la délivrance.

L'anesthésie locale a été très suffisante pendant presque toute l'opération. A aucun moment la malade n'a été vraiment endormie. Mais quelques bouffées de chloroforme à la reine ont été nécessaires au moment des tractions sur la vessie, de l'extraction de l'enfant et de la délivrance.

Suites opératoires : normales : sort le 24^e jour guérie.

Obs. n° 2021 (1925). — II pare 27 ans.

Premier accouchement : 6 applications de forceps, enfant mort-né. Gestation actuelle : admise au dortoir pour bassin généralement rétréci.

Opération césarienne transpéritonéale basse dès le début du travail, membranes intactes, dilatation I fr.

Technique habituelle, enfant pesant 3 k. 370.

Suites opératoires : normales.

Sort le 21^e jour guérie.

Obs. n° 2043 (1925). — II pare 32 ans.

Premier accouchement : 5 jours de travail, incision du col, enfant mort, embryotomie.

Deuxième accouchement : femme arrivée à la clinique en travail, tête bien fléchie fixée, débordant un peu le plan de la symphyse, bruits du cœur normaux, au toucher; dilatation 5 fr, poche des eaux bombant fortement.

Bassin généralement rétréci et canaliculé.

Intervention : opération césarienne transpéritonéale basse (MM. Desnoyers, Lacomme), anesthésie (éther, technique habituelle, péritoine friable, enfant pesant 3 k. 830 (bipariétal : 10,6).

Suites opératoires : normales, sort le 20^e jour guérie.

Obs. n° 2050 (1926). — I pare 22 ans, admise au dortoir pour bassin aplati PSP : 9,5, sacrum plat et très obliquement dirigé en bas et en avant. HU : 28 cm., tête en bas mobile déjetée vers la fosse iliaque gauche, paraissant déborder nettement.

Après 6 h. 30 de travail : *membranes intactes*, col en voie d'effacement, débordement net de la tête fœtale.

Intervention : opération césarienne basse (M. Lacomme), anesthésie : éther, technique habituelle, aucun incident, enfant pesant 2 k. r. 450, bipariétal : 9 cm³.

Suites opératoires : température ayant légèrement dépassé 38° pendant les 4 premiers jours, chute progressive ensuite, grosse suppuration de la paroi, lochies purulentes.

Sort le 36^e jour guérie.

Obs. n° 2065 (1925). — IV pare 24 ans.

Premier accouchement : spontané, enfant petit.

Deuxième et troisième accouchement : applications de forceps, arrivée à la clinique en travail depuis quelques heures, membranes intactes. Au palper, tête paraissant déborder, le plan de la symphyse; toucher, dilatation petite paume, bassin généralement rétréci et aplati, PSP : 9,6.

Opération césarienne transpéritonéale basse, anesthésie éther, technique habituelle, enfant pesant 2 kgr. 900.

Suites opératoires : fébriles abcès de la paroi, sort le 30^e jour.

Obs. n° 2119 (1926). — II pare.

Première gestation (obs. n° 432, 1925) : après l'épreuve du travail 12 heures, opération césarienne basse (M. Portes pour bassin aplati et généralement rétréci, PSP : 9,7, promontoire bas, enfant pesant 3 kgr. 750.

Deuxième gestation : admise au dortoir près du terme. Au début du travail (4 heures, membranes intactes) :

Intervention systématique.

Opération césarienne basse (M. Portes) rachianesthésie à la scurocaïne 0,15 procédé de Riche.

Technique habituelle : aucun incident, cicatrice antérieure parfaite, presque invisible, bonne rétraction utérine, aucune hémorragie, enfant pesant 4 kgr. 100.

Suites opératoires : normales, sort le 17^e jour.

Obs. n° 2137 (1926). — II pare 35 ans.

Premier accouchement : à terme, application de forceps en droite transverse après 52 h. 30 de travail. Enfant vivant pesant 2 k. 950.

Délivrance artificielle.

Deuxième accouchement : arrivée à la clinique ayant des douleurs depuis 6 heures. Dilatation 50 c., membranes intactes, H. U. 32 cm., tête mobile fuyant dans la fosse iliaque gauche, bassin aplati et généralement rétréci, PSP : 9,7, Faux promontoire : 9,5, sacrum en hameçon.

Opération césarienne basse (M. Lacomme), rachianesthésie à la scurocaïne 0,15.

Technique habituelle, utérus très rétracté, enfant pesant 2 kgr. 950.

Suites opératoires : température normale, céphalée intense pendant les 5 à 6 premiers jours, sort le 25^e jour, guérie.

Obs. n° 2159 (1925). — II pare 40 ans.

Première gestation, accouchement prématuré. Admise au dortoir pour bassin généralement rétréci, mais surtout aplati,

PSP : 10,5, promontoire assez élevé, sacrum redressé à sa partie supérieure, recourbé en hameçon à sa partie inférieure.

Epreuve du travail : 9 heures, tête débordant et restée élevée malgré contractions utérines intenses, dilatation 2 fr., membranes intactes.

Opération césarienne transpéritonéale basse (MM. Lacomme-Desnoyers), anesthésie locale à la novocaïne 1 cgr de morphine.

Technique habituelle, quelques bouffées de chloroforme au moment du décollement de la vessie, hémorragie assez importante au moment de l'incision du segment inférieur, incision étant remontée de quelques centimètres sur le corps utérin. Extraction de l'enfant pesant 3 kgr. 370, la partie de la cicatrice remontant sur le corps est enfouie en fermant muscle et péritoine comme dans césarienne classique.

Au cours de l'intervention on a été extrêmement gêné par le sang, après la délivrance il a fallu injecter 1 cgr. d'ergotine.

Suites opératoires : normales, sort le 19^e jour guérie.

Obs. n° 2176 (1925). — II pare 28 ans.

Premier accouchement : enfant mort au cours d'une intervention par voie basse, sous anesthésie.

Admise au dortoir pour bassin aplati et généralement rétréci, PSP : 10,5, utérus dévié à droite, tête élevée mobile ayant tendance à fuir dans la fosse iliaque gauche, difficile à ramener sur l'aire du DS, au moment du travail, même situation, pas de tendance à l'engagement, membranes intactes.

Opération césarienne transpéritonéale basse (MM. Desnoyers, Lacomme), anesthésie chloroforme.

Technique habituelle, extraction d'un enfant pesant 3 kg. 360 (bipariétal 10,5). L'incision est remontée de 1 à 2 cm. sur le corps utérin.

Suites opératoires : normales.

Obs. n° 2269 (1925). — I pare 27 ans, gestation non surveillée. Entre à la clinique étant en travail depuis 8 heures. Membranes intactes, les bruits du cœur bons, dilatation 1 f". Bassin généralement rétréci, PSP : 10,4, promontoire assez élevé, sacrum redressé à sa partie supérieure avec un faux promontoire peu saillant, tête en bas non engagée, très fléchie, affleurant le plan du pubis, légère albuminurie.

Epreuve du travail : 16 heures, tête toujours au-dessus de l'aire du DS et semblant nettement déborder.

Opération césarienne transpéritonéale basse. (MM. Portes, Lacomme), anesthésie éther.

Technique habituelle, extraction d'un enfant pesant 3 kr. 120.

Suites opératoires : normales, sort le 20^e jour guérie.

Cas suspects

Obs. n° 3 (1926). — I pare 20 ans, envoyée à la clinique étant en travail depuis 26 heures, membranes rompues artificiellement depuis 5 heures, bassin légèrement rétréci, tête d'aplomb sur l'aire du DS ne paraissant pas déborder, bruits du cœur fœtal sourds et irréguliers, liquide teinté.

Epreuve du travail : 36 heures, aucun engagement. dilatation 5 heures.

Opération césarienne basse (M. Lacomme). anesthésie éther, technique habituelle, enfant pesant 3 kgr. 020.

Suites opératoires : normales. Sort le 20^e jour guérie.

Obs. n° 33 (1926). — I pare 21 ans arrivée à la clinique au début du travail, bassin généralement rétréci PSP: 10 cm 5, membranes rompues prématurément depuis 5 heures, dilatation 50 c. tête au-dessus du DS.

Epreuve du travail : 18 heures, la tête paraissant bloquée sur l'aire du DS, on décide d'intervenir.

Opération césarienne basse (M. Portes) anesthésie éther, Technique habituelle, pas d'incident.

Suites opératoires : fébriles 8 jours (température ayant atteint 39°) petit hématome suppuré de la paroi, sort le 21^e jour guérie.

Obs. n° 54 (1925). — I pare 25 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire grave. Au point de vue obstétrical : HU : 35 cm. bassin aplati, promontoire élevé, saillant, accessible à bout de doigt.

Epreuve du travail : 11 heures, à dilatation complète, rupture artificielle des membranes, liquide légèrement teinté, bruits du cœur normaux, pas d'engagement de la tête fœtale qui déborde le plan de DS.

Intervention : opération césarienne basse sous anesthésie rachidienne à la scurocaïne.

Technique habituelle : aucun incident.

Suites opératoires : fièvre en rapport avec état pulmonaire, légère désunion de la paroi abdominale sous l'influence de la toux, cicatrisation par deuxième intention. Sortie le 36^e jour.

Obs. n° 213 (1926). — I pare 32 ans, admise à la clinique pour bassin aplati PSP : 10,7, tête fœtale non engagée, membranes rompues dès le début du travail.

Epreuve du travail : 12 h. 30, pas d'engagement malgré contractions utérines énergiques.

Opération césarienne basse (M. Lacomme), anesthésie chloroforme.

Technique habituelle : petite déchirure de la partie supérieure de l'incision utérine pendant l'extraction du fœtus.

Suites opératoires : normales.

Obs. n° 283 (1925). — III pare 36 ans.

Première gestation terminée par avortement.

Deuxième gestation : présentation du siège, enfant mort au cours d'une grande extraction.

Troisième gestation : admise à la clinique en travail, di-

latation 1 fr.; membranes intactes; bassin aplati PSP : cm. 5, tête élevée mobile au-dessus de DS.

A dilatation entre petite et grande paume, rupture artificielle des membranes; liquide teinté.

2 h. 1/2 après la rupture des membranes, 24 heures après le début du travail pas d'engagement, signes de souffrance fœtale.

Intervention : opération césarienne basse, anesthésie rachidienne, à la scurocaïne.

Technique habituelle. Enfant pesant : 4 kgr. 770.

Suites : normales.

Obs. n° 316 (1925). — I pare 20 ans, admise au dortoir avant le début du travail et présentant un bassin généralement rétréci PSP : 10 cm. 1, sacrum en hameçon, pas d'engagement de la tête fœtale qui paraît déborder. Rupture prématurée des membranes, 5 heures après cette rupture, col non effacé, quelques douleurs.

Intervention : opération césarienne basse, anesthésie rachidienne à la scurocaïne, enfant pesant 2 kgr. 810.

Suites opératoires : normales.

Obs. n° 362 (1926.) — I pare 27 ans, arrivée en travail à la clinique et présentant un bassin généralement rétréci PSP : 10,4, tête fœtale non engagée d'aplomb sur l'aire du DS.

Epreuve du travail : 15 heures; rupture précoce des membranes 1 heure avant l'intervention, pas d'engagement, dilatation ?

Opération césarienne basse, anesthésie chloroforme.

Technique habituelle, enfant pesant 3 kgr. 350.

Suites opératoires : fébriles 13 jours, température ayant atteint 38 ° 7, petite poussée de phlébite de la jambe gauche vers le 8^e jour, sort le 30^e jour guérie.

Obs. n° 428 (1925). — II pare 27 ans.

Première gestation : accouchement à terme spontané très long, enfant vivant.

Deuxième gestation : admise au dortoir, femme obèse présentant un bassin légèrement aplati PSP : 10,8, tête fœtale non engagée, palper difficile.

Epreuve du travail : 16 h. 20, à dilatation complète, rupture artificielle des membranes. 2 h. 1/2 après la rupture pas d'engagement.

Intervention : opération césarienne basse, anesthésie rachidienne à la scurocaïne.

Technique habituelle, enfant pesant 3 kgr. 520.

Suites opératoires : légèrement fébriles 5 jours. 10^e jour : phlébite de la jambe droite, embolie pulmonaire au 24^e jour, sort le 59^e jour guérie.

Obs. n° 431 (1926). — I pare 19 ans, admise au dortoir pour bassin aplati et généralement rétréci PSP : 10,2; tête fœtale d'aplomb sur l'aire du DS, non engagée, tangente au plan de la symphyse.

Epreuve du travail : 10 heures.

A dilatation complète, rupture artificielle des membranes, pas d'engagement.

Opération césarienne basse, anesthésie éther.

Technique habituelle.

Suites opératoires : fébriles 7 jours, température ayant atteint 38° 6, sort le 29^e jour guérie.

Obs. n° 432 (1925). — I pare 23 ans, admise au dortoir pour bassin généralement rétréci PSP : 10,4, tête fœtale non engagée, mobile.

Epreuve du travail, rupture spontanée précoce des membranes. A dilatation complète, 10 h. 30 après le début du travail, 3 heures après la rupture des membranes, pas d'engagement.

Opération césarienne basse (M. Portes), anesthésie chloroforme.

Technique habituelle.

Suites opératoires : normales.

Obs. n° 461 (1925). — II pare 25 ans.

Première gestation : travail ayant duré 36 heures, enfant mort peu après sa naissance.

Deuxième gestation admise au dortoir, bassin aplati PSP : 10 cm. 2, promontoire élevé, tête fœtale élevée, appliquée sur l'aire du DS elle paraît déborder. 2 heures après le début du travail et la rupture spontanée des membranes, à dilatation 1 fr., intervention.

Opération césarienne basse (M. Portes), anesthésie chloroforme.

Technique habituelle, hémorragie assez abondante. ergotine, enfant pesant 3 kgr. 660.

Suites opératoires : fébriles 5 jours, température ayant atteint 39° 2.

Obs. n° 484 (1925). — 1^{er} accouchement basiotripsie, II pare. 23 ans, admise au dortoir, bassin légèrement aplati PSP : 11,2, tête mobile au-dessus du DS ne paraissant pas déborder, l'enfant paraît gros. 6 heures après le début du travail à dilatation 5 fr., rupture artificielle des membranes. 1 heure après cette rupture pas d'engagement de la tête.

Opération césarienne basse (M. Portes), anesthésie rachidienne.

Technique habituelle, enfant pesant 4 kg. 250.

Suites opératoires : normales.

Obs. n° 560 (1925). — I pare 21 ans, admise à la clinique après rupture prématurée des membranes, bassin généralement rétréci PSP 10 cm. 7, tête fœtale non engagée.

Au début du travail — 7 h. 30 après la rupture des membranes. tête paraissant déborder nettement.

Opération césarienne basse (M. Portes), anesthésie rachidienne (insulfisante et complétée par chloroforme).

Technique habituelle, enfant pesant 3 kgr. 740.

Suites opératoires : fébriles 15 jours, lochies fétides, utérus dur, sort le 26^e jour, abcès du sein droit ouvert.

Obs. n° 626 (1926). — I pare 19 ans, admise au dortoir pour bassin, surtout transversalement aplati PSP 11 cm, promontoire élevé, tête fœtale élevée mobile paraissant déborder largement le plan de la symphyse, pas de signes de travail, vaginite granuleuse.

Epreuve du travail : 19 heures, membranes intactes, dilatation complète, tête débordant franchement au palper mensurateur.

Opération césarienne basse (M. Portes,) anesthésie éther.

Technique habituelle. Les tissus vésicaux ont paru particulièrement friables. Au cours de leur décollement effondrement de la largeur d'une pièce de 50 c., suture immédiate au catgut de la plaie vésicale.

A la fin de l'intervention sonde à demeure mise en place, donnant issue à une urine teintée de sang.

Suites opératoires : fébriles 12 jours (température ayant dépassé 39° pendant 7 jours), cystite purulente. Sort le 38^e jour : très bon état.

Obs. n° 656. (1925). — II pare 37 ans.

Premier accouchement : au début du travail, albuminurie hypertension, saignée.

Durée du travail 70 heures, souffrance fœtale, forceps enfant mort-né pesant 3 kgr. 600.

Deuxième gestation : arrivée à la clinique au début du travail, bassin aplati; promontoire moyennement élevé PSP : 10 cm. 5, tête fœtale mobile au-dessus du plan DS.

6 h. 30 après le début du travail, 1 h. 30 après la rupture des membranes, dilatation, 2 frs.; souffrance fœtale.

Opération césarienne basse (M. Desnoyers), anesthésie éther.

Technique habituelle, enfant pesant 3 kgr. 250.

Suites opératoires : normales, sort le 20^e jour guérie.

Obs. n° 666 (1925). — II^e pare, 43 ans.

Premier accouchement 1923 : bassin rétréci PSP : 10,7 : accouchement d'épreuve; lenteur du travail, engagement tardif, application de forceps pour défaut de progression de la tête et souffrance fœtale, enfant mort-né.

Deuxième accouchement : arrivée à la clinique au début du travail, membranes rompues. T. 37° 2.

Disproportion évidente entre la tête fœtale et le bassin, 7 h. 30 après la rupture des membranes et le début du travail intervention.

Opération césarienne basse, anesthésie éther.

Technique habituelle, hémorragie assez abondante, enfant pendant 3 k. 670.

Suites opératoires : normales.

Obs. n° 783 (1925). — I^e pare 21 ans, admise au dortoir pour bassin généralement rétréci, PSP : 10 cm.

Travail 21 heures après rupture précoce des membranes et le début du travail, dilatation lenticulaire, pas d'engagement de la tête qui paraît déborder.

Opération césarienne basse (M. Portes), anesthésie éther.

Technique habituelle.

Suites opératoires : normales, sort le 21^e jour.

Obs. n° 823 (1925). — I^e pare 24 ans, admise au dortoir pour bassin généralement rétréci PSP : 10 cm. 6, tête fœtale mobile au-dessus du DS.

Epreuve de travail 12 heures.

A dilatation complète rupture artificielle des membranes 2 heures après cette rupture des membranes pas d'engagement.

Opération césarienne basse (M. Portes), anesthésie éther.

Technique habituelle, enfant pesant 3 kgr. 480.

Suites opératoires : Fébriles 8 jours, température ayant atteint 38 ° 8 le 2^e jour. Sort le 17^e jour guérie.

Obs. n° 846 (1925). — I paré 24 ans, admise au dortoir pour bassin généralement rétréci PSP : 10,7, tête mobile au-dessus du DS, vaginite granuleuse.

Au début du travail dilatation 2 frs., membranes intactes, tête fœtale débordant franchement.

Opération césarienne basse (M. Desnoyers), anesthésie éther, technique habituelle, membranes friables et adhérentes, enfant pesant 3 k^gr. 790.

Suites opératoires fébriles 11 jours, température ayant dépassé plusieurs fois 39°.

Lochies légèrement fétides, utérus gros et un peu douloureux, congestion des bases.

Obs. n° 1105 (1926). — I paré 41 ans, admise au dortoir pour utérus fibromateux, position inclinée du fœtus qui paraît gros. Pendant son séjour au dortoir deux pertes de sang assez abondantes faisant porter le diagnostic de placenta inséré sur le segment inférieur.

Au début du travail, nouvelle perte de sang.

Intervention : opération césarienne basse (M. Portes) technique habituelle, le placenta est inséré sur la face postérieure du segment inférieur une languette est décollée, enfant pesant 4 k^gr. 170.

Suites normales, sort le 20^e jour.

Obs. n° 1138 (1926). — I paré 18 ans, admise au dortoir pour bassin généralement rétréci et canaliculé, promontoir accessible à 9 cm. 3, tête mobile élevée au-dessus du DS. Rupture spontanée prématurée des membranes, 10 heures après la rupture pas de signes de travail.

Intervention : opération césarienne basse, anesthésie éther, technique habituelle.

Suites opératoires : normales, sort le 19^e jour.

Obs. n° 1357 (1926). — II paré 23 ans.

Premier accouchement : enfant gros, mort pendant le travail.

Deuxième gestation : admise au dortoir pour bassin aplati et généralement rétréci PSP : 9, 9, rupture prématurée des membranes (8 heures avant l'intervention), au début du travail à dilatation 2 fr., impression de déflexion de la tête fœtale (front).

Intervention : opération césarienne basse (M. Desnoyers) anesthésie éther, technique habituelle, enfant pesant 3 kgr.

Suites opératoires : 38° 9 le lendemain de l'intervention : chute progressive ensuite, sort le 20^e jour guérie.

Obs. n° 1363 (1926). — I pare 21 ans, admise au dortoir pour bassin généralement rétréci PSP : 10,7, tête mobile au-dessus du DS paraissant déborder.

Epreuve du travail, au bout de 24 heures à dilatation complète rupture artificielle des membranes, pas d'engagement. T. 37° 8, liquide teinté.

Intervention : opération césarienne basse (M. Desnoyers). Technique habituelle.

Suites opératoires : fébriles 3 premiers jours. entre 39 et 40, chute progressive de la température ensuite. Sort le 21^e jour guérie.

Obs. n° 1413 (1926). — *Première gestation* : opération césarienne basse avec drainage (obs. n° 882-1925), pour bassin généralement rétréci, présentation de la face non engagée, dilatation 2 fr., température 38° 5.

Deuxième gestation : Arrivée à la clinique après 7 heures de travail. Epreuve du travail. 14 heures après le début des douleurs dilatation complète, rupture artificielle des membranes, pas d'engagement.

Intervention : opération césarienne basse (M. Portes), anesthésie éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale avec résection de l'ancienne cicatrice; adhérences épiploïques de la paroi, sectionnées et ligaturées en chaînes, section du cul-de-sac péritonéal, adhérences de la vessie à l'utérus, dissection au bistouri, décollement du péritoine au-dessus de la section.

Cicatrice de la césarienne antérieure d'aspect étoilé, segment inférieur très mince, section longitudinale du segment inférieur. Extraction du fœtus par tractions sur le maxillaire. Délivrance. Résection de la cicatrice utérine. Suture au catgut par points séparés, surjet de recouvrement, fixation de la vessie en avant de l'incision, surjet péritonéal.

Paroien 3 plans: surjet péritonéal, points en U sur l'aponévrose, agrafes sur la peau, crins profonds serrés sur bourdonnet, fermeture sans drainage, hémorragie assez marquée pendant l'intervention ayant nécessité 1^{re} d'ergotine.

Enfant pesant 4 kgr. 270.

Suites opératoires : fébriles, entre 38 et 39° pendant les 12 premiers jours ; légère suppuration de la paroi abdominale. Sort le 22^e jour guérie.

Obs. n° 1701 (1926). — I pare 19 ans, admise au dortoir pour bassin généralement rétréci. PSP 10,7, tête au-dessus du DS paraissant déborder.

Epreuve du travail : 19 heures. A dilatation complète, rupture artificielle des membranes, pas d'engagement.

Opération césarienne basse (M. Portes), anesthésie chloroforme, technique habituelle.

Enfant pesant 2 kgr. 980.

Suites opératoires : fébriles 12 premiers jours (39° 5 le 6^e jour), suppuration de la paroi abdominale, sort le 17^e jour guérie.

Obs. n° 1723 (1926). — II pare 36 ans.

Première gestation 1920 : accouchement à terme normal, enfant pesant 3 kgr., mort à 2 ans 1/2 de méningite.

Deuxième gestation : admise au dortoir pour utérus fibromateux : *fibrome prævia* occupant la lèvre antérieure du col (grosueur d'une noix.)

Rupture prématurée des membranes, au bout de 6 heures

pas de travail. En raison de l'âge de la femme on décide de ne pas attendre pour intervenir.

Opération césarienne basse (Portes), anesthésie éther, technique habituelle; en raison de l'absence de formation du segment inférieur difficulté d'extraction de la tête fœtale nécessitant l'emploi du forceps.

Difficulté d'hémostase.

Enfant pesant 3 kgr.

Suites opératoires: subfébriles jusqu'à la sortie le 22^e jour.

Obs. n° 1739 (1926). — I pare 20 ans, admise au dortoir pour bassin aplati et généralement rétréci, PSP : 9,7, tête mobile au-dessus du DS, durée du travail : 7 heures, débordement de la tête, col effacé, rupture précoce des membranes au début du travail.

Intervention : opération césarienne basse (M. Lacomme), anesthésie chloroforme, technique habituelle. Décollement facile de la vessie mais impossibilité de décoller le péri-toine au-dessus en l'absence de segment inférieur.

Enfant pesant 3 kgr. 140.

Suites opératoires : normales.

Obs. n° 1778 (1925). — I pare 25 ans, arrivée à la clinique au début du travail aussitôt après la rupture des membranes à dilatation 50 c., et présentant un bassin rétréci. PSP : 10, 4, tête fœtale non engagée.

8 h. 30 après le début du travail et la rupture des membranes à dilatation 2 fr., débordement franc de la tête fœtale.

Opération césarienne basse : anesthésie éther.

Technique habituelle, enfant pesant 2 kgr. 850.

Suites opératoires : normales.

Obs. n° 1839 (1926). — I pare 36 ans, admise au début du travail et présentant une luxation congénitale double de la hanche, bassin légèrement aplati transversalement.

Promontoire accessible à 10 cm. 8, la femme perd un peu de sang et en a perdu également un peu un mois auparavant. Possibilité de placenta inséré sur le segment inférieur donnant une apparence de débordement de la tête fœtale non engagée.

Rupture précoce des membranes.

4 heures après le début du travail, dilatation 5 fr. signes de souffrance fœtale et liquide teinté, tête élevée paraissant déborder.

Opération césarienne basse, anesthésie éther.

Technique habituelle, hémorragie assez importante. Enfant pesant 2 kgr. 870, présentant une déformation notable du crâne (chevauchement des pariétaux).

Suites opératoires: subfébriles 12 jours, au 13^e jour léger œdème du membre inférieur gauche, sans douleur; sort le 23^e jour guérie.

Obs. n° 1924 (1926). — II pare 34 ans. Première gestation terminée par un avortement.

Admise au dortoir pour bassin légèrement et généralement rétréci, fœtus en situation oblique, rupture prématurée des membranes, la tête fœtale fuit dans la fosse iliaque droite.

3 h. 30 après la rupture des membranes pas de travail.

Intervention: opération césarienne basse, anesthésie chloroforme.

Technique habituelle, difficulté de décollement des membranes; pendant la délivrance, l'utérus saigne et reste mou (1^{re} d'ergotine), enfant pesant 2 kgr. 820.

Suites opératoires: fébriles, suppuration de la paroi abdominale, sort le 24^e jour guérie.

Obs. n° 1960 (1925). — II pare 25 ans, 1^{er} accouchement avec anomalie de la dilatation, œdème du col, mort de l'enfant, basiotripsie, enfant pesant 3 kgr. 900.

Deuxième accouchement: répétition des mêmes symptômes, pas d'engagement de la tête fœtale malgré bassin

normal, 10 heures après le début du travail membranes intactes, arrêt de la dilatation à 1 fr., œdème du col. T. à 37° 4.

Opération césarienne basse (M. Portes).

Anesthésie éther.

Technique habituelle, enfant pesant 3 kgr. 300. Drainage unilatéral pour difficultés d'hémostase.

Suites opératoires : fébriles les 3 premiers jours (38° 6) et du 11^e au 14^e jour (39 ° 2, à 38° 4).

Obs. n° 1988. — I pare 16 ans admise à la clinique pour bassin généralement rétréci PSP : 10 cm. 8, tête élevée mobile.

Epreuve du travail : 21 h. 30, membranes rompues depuis 11 h. 30, pas d'engagement, dilatation 50 c.

Opération césarienne, anesthésie éther, enfant pesant 3 kgr. 450.

Suites opératoires : Légèrement fébriles 6 jours.

Obs. n° 2062 (1925). — I pare 22 ans, admise au dortoir pour bassin rétréci PSP : 10,5, pas d'engagement de la tête œtale, vaginite granuleuse, membranes intactes.

Epreuve du travail : 13 h. 40.

Rupture précoce des membranes 1 h. 45, pas d'engagement de la tête fœtale qui déborde.

Opération césarienne basse (M. Portes,) anesthésie chloroforme,

Technique habituelle, enfant pesant 3 kgr. 300.

Suites opératoires : fébriles 10 jours, température oscillant entre 39° et 39 ° 5, lochies puriformes. 7^e jour, expulsion d'un fragment de muscle utérin sphacélé contenant 3 nœuds de catgut. Au toucher, dans le cul-de-sac vaginal antérieur, devant l'isthme, masse dure du volume d'une noix, arrondie, douloureuse. Sort le 25^e jour guérie.

Obs. n° 2075 (1925). — II pare 34 ans.

Premier accouchement forceps, enfant 4 kgr. 500, mort-né, travail 53 heures.

Deuxième accouchement, admise au dortoir, bassin généralement rétréci PSP : 10 cm. 4, tête mal d'aplomb très élevée au-dessus du DS, rupture prématurée des membranes.

4 heures après la rupture des membranes et le début du travail, col en voie d'effacement, tête débordant franchement.

Opération césarienne basse (M. Portes), anesthésie locale pour albuminurie.

Technique habituelle, quelques bouffées de chloroforme pour l'extraction de l'enfant qui pèse 3 kgr. 440.

Suites opératoires : température autour de 38° pendant les 6 premiers jours, normale ensuite, sort le 22^e jour guérie.

Obs. n° 2097 (1926). — II pare 33 ans.

Première gestation terminée par accouchement prématuré.

Deuxième gestation : admise au dortoir pour présentation de l'épaule sans cause apparente, tentatives infructueuses de version par manœuvres externes, on discute la possibilité d'une insertion vicieuse du placenta. Le 11 novembre : hémorragie brusque et importante, l'état général reste bon, l'attitude du fœtus paraît en rapport avec une insertion recouvrante du placenta.

Intervention : opération césarienne basse (M. Portes), technique habituelle, hémorragie assez abondante lors de l'incision du segment inférieur. Après décollement d'un lambeau placentaire pour trouver les membranes et ouvrir l'œuf, extraction de l'enfant par version. Le placenta qui recouvrait l'orifice interne du col est décollé et l'hémorragie s'arrête.

Pendant l'extraction de l'enfant, l'incision utérine s'est prolongée par déchirure de 2 à 3 cm. sur le corps.

Enfant pesant 3 kgr. 380 né en état de mort apparente, ranimé après 15 minutes de soins.

Suites opératoires : légèrement fébriles 11 jours, température n'ayant pas dépassé 38° 1, sort le 39^e jour guérie.

Obs. n° 2151 (1925). — III pare 33 ans.

Deux premières gestations : avortements.

Troisième gestation, admise à la clinique après rupture prématurée des membranes, bassin généralement rétréci et aplati PSP : 9 cm. 6, tête d'aplomb débordant franchement. Début du travail 2 h. 1/2 après la rupture des membranes.

Durée du travail : 9 h. 30, dilatation lenticulaire,

Opération césarienne basse (M. Portes), anesthésie éther.

Technique habituelle, enfant pesant 2 kgr. 740.

Suites opératoires : fébriles 15 jours, température ayant dépassé 39° les 5^e, 9^e et 14^e jours, sort le 20^e jour guérie.

Obs. n° 224 (1926). — I pare 22 ans 1/2, admise au dortoir pour bassin cyphotique en entonnoir, diamètre bischiatique : 8 cm. épines saillantes, antéversion utérine, tête plongeante dans l'excavation.

Le bassin paraissant peu touché on tente l'épreuve du travail. 25 heures après environ le début du travail, 34 heures après la rupture des membrane qui s'était faite prématurément la tête paraissant bloquée sur les épines sciatiques, la dilatation étant complète, on décide d'intervenir.

Opération césarienne basse.

Technique habituelle, difficulté d'accéder au cul-de-sac vésico-urétin en raison de l'antéversion utérine. Extraction difficile de l'enfant par version en raison de l'engagement de la tête, déchirure de l'angle supérieur de l'incision utérine pendant cette extraction, enfant pesant 3 kgr. 620.

Suites opératoires : fébriles 14 jours (température ayant dépassé 39° les 4^e et 5^e jours), sort le 24 jour guérie.

Obs. n° 2226 (1926). — I pare 19 ans, arrivée à la clinique étant en travail depuis 3 heures, membranes rompues 1/2 heure

après le début du travail; l'examen montre une présentation du front, la tête empêche la recherche du promontoire. Dilatation 2 fr., température 37° 4. 37 h. 30 après le début du travail, dilatation complète. On fait pousser la femme. Après 2 h. 1/2 d'efforts convulsifs, la tête fœtale ne progressant pas, on décide d'intervenir. Température : 37° 7.

Opération césarienne basse, 29 novembre 1926, anesthésie chloroforme, bruits du cœur fœtal normaux.

Technique habituelle.

Utérus en sablier avec un segment inférieur très bien formé et modelé sur la tête. Décollement très facile de la vessie et du péritoine. Incision de la paroi utérine. Pas d'hémorragie notable, extraction sans difficulté à la main de la tête fœtale et du fœtus. Fermeture de la paroi utérine au catgut n° 2 (points séparés), surjet musculaire de protection.

Fixation de la vessie au devant de la plaie utérine. Un dernier plan de protection est constitué par le péritoine utérin ramené sur la vessie, enfant vivant pesant 2 kg. 780 dont la tête porte l'empreinte du détroit supérieur.

Suites opératoires : 30 novembre, ventre ballonné, pouls rapide et petit; la femme n'a pas rendu ses gaz. Température 39° 5, pouls 135.

1^{er} décembre : pouls filiforme, facies péritonéal. Température : 40° 3, pouls : 132 mort à 16 h. 45.

Obs. n° 2253 (1926). — 1^{re} par 28 ans, admise à la clinique après rupture prématurée des membranes. Température : 37°, bassin généralement rétréci avec aplatissement transversal, PSP : 10 cm. 4, tête fœtale ayant tendance à déborder le plan de la symphyse et mal d'aplo mb sur l'aire du détroit supérieur, pas de signes de travail.

12 h. environ après la rupture des membranes aucun signe de travail, on décide d'intervenir.

Opération césarienne basse, anesthésie chloroforme.

Technique habituelle, enfant pesant 3 kgr. 520, hémorragie notable pendant l'intervention, 1^{re} d'ergotine.

Suites opératoires : normales. sort le 22^e jour guérie.

Obs. n° 2270 (1926). — I pare 19 ans, admise au dortoir pour bassin aplati et généralement rétréci PSP : 10.3, utérus oblique, tête fœtale mal d'aplomb tendant à fuir dans la fosse iliaque et semblant déborder le plan de la symphyse. 8 h. 15 après le début du travail, 45' après la rupture des membranes à dilatation 1 fr., tête débordant franchement au palper. mensurateur.

Intervention : opération césarienne basse (M. Portes). anesthésie chloroforme.

Technique habituelle, enfant pesant 3 kgr. 520.

Suites opératoires : fébriles 13 jours, température oscillant entre 38 et 39°, lochies fétides, sort le 38^e jour guérie.

Obs. n° 642 (1927) (I t.). — *Premier accouchement.* opération césarienne basse 21 heures 30 après le début du travail, 11 heures 30 après rupture des membranes (forceps pour extraction de fœtus). (Obs. 1988).

Enfant vivant, 3 kgr. 480. Bi-P : 8, 9.

Pl. 600.

Suites opératoires : température ne dépassa pas 38° 2.

Deuxième gestation : très bien supportée. Admise à la clinique peu avant l'accouchement. H U : 34 tête en bas non engagée affleurant le pubis.

Cicatrice abdominale étroite légèrement douloureuse à sa partie basse ; à l'examen elle apparaît souple et se mobilise facilement, il ne semble pas y avoir d'adhérences. Dès le début du travail rupture spontanée des membranes. La tête paraissant déborder légèrement, les bruits du cœur fœtal étant normaux on décide d'intervenir immédiatement.

Opération césarienne basse itérative. Anesthésie chloroforme.

À l'ouverture de la paroi abdominale on note la présence

de quelques brides épiploïques qu'on lie et qu'on sectionne entre 2 pinces.

Section du cul-de-sac péritonéal et décollement facile du péritoine en haut, de la vessie en bas.

Aucune trace de la cicatrice de césarienne antérieure.

Section du segment inférieur, extraction facile d'un enfant pesant 4 kgr. 020, vivant; Bi-P. : 9, 9; délivrance.

Légère hémorragie, utérus mou, ergotine.

Section du segment inférieur et de la paroi abdominale suivant la technique habituelle.

Suites opératoires : fébriles 12 jours, température n'ayant pas dépassé 38 ° 7 (sauf le 10^e jour 40 ° 2, lymphangite du sein). Sort guérie le 21^e jour.

Cas infectés

Obs. n° 882 (1925). — I pare, 22 ans, envoyée à la clinique après 17 heures de travail, les membranes étant rompues depuis 24 heures. L'examen montre un bassin rachitique généralement rétréci. P. S. P. : 10 cm. 8; dilatation 2 fr., présentation intermédiaire en la face et le front. Bruits du cœur normaux. T. : 38° 5. Pouls : 100.

M. Portes pose l'indication de césarienne basse avec drainage à la Mickulicz.

Intervention : opération césarienne basse (M. Portes). Anesthésie éther.

Technique habituelle : extraction d'un enfant pesant 3 kgr. 810. Au cours de la délivrance décollement difficile des membranes.

Pose du Mickulicz au-devant de la zone opératoire entre vessie et utérus (tente de Mickulicz, un drain, 3 mèches).

Pas de shock après l'intervention. Pouls régulier, bien frappé.

Suites opératoires : température 38° 4 le 2^e jour, 38° 1 le 3^e jour, normale ensuite. Sort le 33^e jour guérie.

Obs. n° 1215 (1925). — I pare 28 ans, présentant une luxation congénitale de la hanche gauche et un bassin rachitique généralement rétréci PSP : 10,7, légèrement asymétrique.

Admise au dortoir. Tête fœtale d'aplomb sur l'aire du DS. Rupture prématurée des membranes 8 jours environ avant le début du travail.

Epreuve du travail : 32 heures; début de souffrance fœtale, liquide teinté; tête débordant franchement le plan de la symphyse, dilatation 50 c. Température : 38° 2.

Intervention : opération césarienne basse avec drainage; anesthésie : éther.

Technique habituelle : extraction facile de l'enfant pesant 4 kgr. 130 né imprégné de méconium et en état de mort apparente mais facilement ranimé.

Mauvaise rétraction de l'utérus, hémorragie. ergotine.

La mise en place d'un Mickulicz type est impossible et remplacée par deux drainages latéraux (mèches).

Fermeture de la paroi abdominale aux fils d'argent
Dilatation du col aux bougies par voie vaginale.

Suites opératoires : normales. Température n'ayant pas dépassé 37° 8. Sort guérie le 21^e jour.

L'enfant est mort le lendemain de l'intervention : cyanose, hématomène, syphilis probable.

Obs. n° 1475 (1926). — II pare 22 ans.

Première gestation : 1922. Accouchement normal. Traitée pour métrite du col par cautérisation au crayon entre les deux gestations.

Deuxième gestation : arrivée à la clinique au début du travail, après rupture spontanée prématurée des membranes depuis 4 heures. Tête à la partie haute de l'excavation, dilatation lenticulaire.

Après 17 heures de travail et malgré bonnes contractions utérines, arrêt de la dilatation 5 fr. Température : 38° 1.

Intervention : opération césarienne basse (M. Desnoyers).

Technique habituelle : mise en place d'un drainage à la Mickulicz.

Enfant pesant 3 kgr. 900.

Suites opératoires : fébriles 3 jours entre 39° et 40° et normales ensuite. Sort le 24^e jour guérie.

Obs. n° 1843 (1925). — I paré 27 ans. Femme amenée de ville après avoir subi plusieurs tentatives d'application de forceps au détroit supérieur et étant en travail depuis 25 heures. Membranes rompues précocement depuis 19 heures 15. Dilatation complète. L'utérus non rétracté ne présente pas de contractions. L'examen du bassin montre un promontoire élevé accessible, à bout de doigt, la tête fœtale paraît déborder légèrement. Température 38° 4. Albuminurie : 1 gr. 50.

Bruits du cœur fœtal réguliers et bien frappés.

Indication posée de césarienne basse avec drainage.

Intervention : (M. Portes), anesthésie chloroforme.

Technique habituelle, enfant pesant 3 kgr. 530, criant aussitôt.

Pose d'un drainage à la Mickulicz.

Après l'intervention la femme est pâle et l'utérus est mou et gros. Son expression provoque l'expulsion d'une assez forte quantité de sang.

Injectons d'ergotine. A ce moment le pouls à la radiale est imperceptible.

L'état s'aggrave rapidement et la femme succombe quelques instants après sans être sortie de l'anesthésie et sans qu'on ait eu le temps de pratiquer une transfusion de sang.

L'enfant présentait de nombreuses traces d'application de forceps et un léger enfoncement du frontal avec crépitation, pas de réaction méningée, légère paralysie faciale. Il mourut au bout de 48 heures.

CONCLUSIONS

I. La technique opératoire de la césarienne transpéritonéale basse est de réalisation moins simple que celle de la césarienne corporeale classique. Les difficultés à vrai dire peu fréquentes que l'on peut rencontrer dans son exécution, notamment au cours du décollement de la vessie, ne sauraient être mises en balance avec la sécurité qui semble résulter des meilleures conditions de cicatrisation de la section utérine portant sur le segment inférieur et du recouvrement de cette cicatrice par une péritonisation chirurgicalement satisfaisante.

II. Pratiquée dès le début du travail chez une femme non infectée, la césarienne basse apparaît comme une très bonne opération. Ses suites opératoires sont dans l'ensemble plus simples qu'après la césarienne corporeale. Elle semble notamment causer un minimum de shock.

III. Dans les cas suspects où l'on est en droit de penser à la possibilité d'une infection latente, la technique de la césarienne basse paraît réaliser un progrès sur celle de la césarienne classique.

Grâce à elle le moment de l'opérabilité peut être reculé, des interventions inutiles se trouvant ainsi évitées. Elle donne dans ces cas suspects des résultats qui semblent n'avoir été égalés par aucune autre opération.

IV. Dans les cas où l'infection est cliniquement certaine tout dépend de la virulence des germes. En l'absence d'un contrôle bactériologique précis, actuellement d'ailleurs irréalisable la césarienne basse doit être tenue pour une opération risquée.

La protection contre la péritonite primitive ne peut être toujours réalisée d'une façon absolue.

En outre, si dans certains cas le revêtement péritonéal a pu se montrer efficace et limiter l'infection, dans d'autres cas, par contre, il est resté totalement insuffisant.

Dans les cas d'infection cliniquement peu virulente du contenu de l'œuf, le drainage à la Mickulicz paraît avoir donné des résultats favorables. On ne saurait néanmoins d'un trop petit nombre d'observations tirer des conclusions certaines.

Dans le cas où l'infection est manifeste mieux vaut semble-t-il ne pas tenter le coup de dé d'une césarienne basse même avec drainage. C'est ici que la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus peut trouver son indication et se substituer à l'hystérectomie systématique, dans les cas où il ne semble pas que l'infection ait déjà dépassé les limites de l'utérus.

V. En ce qui concerne le pronostic tardif de la césarienne basse nos faits peu nombreux d'ailleurs sont d'ac-

cord avec les résultats publiés jusqu'ici. Il semble que la césarienne basse soit dans cet ordre d'idées supérieure à la césarienne classique.

Les difficultés techniques des opérations itératives ne semblent pas fréquentes et réellement importantes. Le peu de faits que nous avons observés nous ne saurions tirer d'autres conclusions.

Vu, le Doyen,
H. ROGER

Vu, le Président de la Thèse,
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- Aubert.** — Congrès des gynécologues de langue française, 1921.
- Bar.** — De l'opération césarienne. (*Semaine médicale*, 1887.)
— A quel moment doit-on pratiquer l'opération césarienne? (*Soc. de Médecine pratique*, décembre 1888. *Manuel de l'opération césarienne. Mémento thérapeutique.* Paris, 1894.)
— Leçon de pathologie obstétricale. (Paris, 1900.)
— Technique actuelle de l'opération césarienne classique. (*Bulletin médical*, 10 juin 1911, p. 513.)
- Baudelocque.** — Art. des accouchements 1815.
— Nouveau moyen pour délivrer les femmes contrefaites à terme et en travail substitué à l'opération césarienne. (*Revue médicale française et étrangère*, Paris 1824.)
- Beck.** — Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, 1921.
- Beutner.** — *Id.*
- Boquel.** — In *th. de Guillet*. L'opération césarienne d'urgence. (*Th. de Paris*, 1903-1904, n° 320.)
- Bovis.** — L'opération césarienne extra-péritonéale. (*Semaine médicale*, 1910. N° 4.)
— De l'application de l'opération césarienne aux utérus infectés. (*Semaine médicale*, 1913, n° 10.)
- Brindeau.** — Quelques réflexions à propos de la césarienne suspubienne. (*Soc. d'Obstétrique et de Gyn.*, Paris 1922, n° 2.)
— Leçon d'ouverture. (*Presse médicale*, 10 mars 1926.)

Cathala. — *Bull. Soc. Gynécologie et Obstétrique de Paris.*

Couvellaire. — Considération sur la technique de l'opération césarienne conservatrice pratiquée à l'ancienne mode. (*Soc. obst. de France*, 1909. In *Ann. de gyn. et obst.*, 1909, p. 657.)

— Introduction à la chirurgie utérine obstétricale. (Paris, Steinheil, 1913.)

Couvellaire et Portes. — A propos de la césarienne trans-péritonéale basse. (*Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, novembre 1925, p. 647.)

Doderlein. — Ueber extra-peritoneale Kaiserschnitt. (*Zentralb. für gyn.* 1904, n° 4.)

— Ueber extra-peritoneale Kaiserschnitt und hebosteotomie. (*Monatsch. für Geb. und Gyn.* 1911, n° 1 et 3.)

— *Handbuch der Geburtshilfe.* (Bergmann. Wiesbaden. 1917.)

Doleris. — La césarienne extra-péritonéale. (*Soc. obst. de France*, in *Ann. de Gyn. et Obst.* 1909.)

— Moment et technique de l'opération césarienne conservatrice. (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, juin 1909.)

— De l'opération césarienne classique. (*Congrès de St-Petersbourg*, 1910.)

Dusart. — *Thèse de Paris*, 1867.

Fraipont. — De l'opération césarienne cervicale suprasymphysaire. (*L. Obstétrique*, 1909, n° 7.)

Frank. — *Central. für gyn.* 1881, p. 593 et 1885, page 401.

— Die suprasymphäre Enthindung und ihr verhältnes zu anderen operationen bei engen Becken. (*Arch. für gyn.* Bd 81, n° 1.)

— Demonstration von Füllen suprasymphysairen Kaiserschnittes. (*Zentralb. f. gyn.* 1911, n° 6.)

— Ueber den subkutanen symphysenschnitt und die suprasymphysäre Entbindung. (*Monatsch. f. geb. u gyn.* Bd 32 n° 6.)

Maifami. — Il taglio cesareo transperitoneale sul segmento inferiore delle utero. (*Riv. di. est. e. gin. Praties*, 1921.)

- Gaillard (Thomas).** — Gastro-Elytrotomy : a substituted for the cesarea section. (*Amer. Journ. of obst.*, 1870 et 1878.)
- Gall (Piero).** — Il taglio Cesareo abdominale. (Bologna, 1922.)
- Guéniot.** — De l'opération césarienne à Paris et des modifications qu'elle comporte dans son exécution. (Paris, Delahaye, 1870.)
- Harris.** — The progress incleasing mortality of cesarea section in United States. (*American Journ. of Obst.*, 1883 et *Am. Med. News*, 1886.)
- Holland.** — Les techniques de la césarienne. (*British Med. journal*, octobre 1921.)
- Jeannin.** — L'opération césarienne supra-symphysaire. (*L'obstétrique*, 1909.)
- Jörg.** — Versuche und Beiträge geburtshilflichen Inhalts. Lipsa 1806. (*Handbuch der geburtshilfe*, Lipsa 1907.)
- Kehrer.** — Ueber ein modificirtes verfahren beim Kaiserschnitte. (*Arch. für gyn.*, p. 167, 1882.)
- Kroenig.** — Transperitonealer cervicaler Kaiserschnitt (in *Dæderlein, op. gyn.* 1912, p. 879.)
- Kustler.** — Kommen wir mit dem tiefen transperitonealen Kaiserschnit, etc... (*Monat. für geb. u. gyn.*, 1921.)
- Latzko.** — Ueber extra-peritoneale supra-symphysäre entbindung. (*Munch. Med. Wochensch.* 1919, p. 1.210.)
- Lee (de).** — Les nouvelles techniques de l'opération césarienne. G. J. (*Amer. med. assoc.*, 1919, t. 23.)
 — The low of cervical caesare an section under local anes-
 thesia. (*Surg. Gyn. and obst.*, février 1925 et *Journal Amer. Med. Assoc.*, mars 1925.)
- Lee (de) et Cornell.** — Low cervical caesarean section results in one hundred and forty five cases (*Amer. Journ. med. Ass.*, 1922, t. XXIX.)
- Le Lorier.** — L'opération césarienne conservatrice après rupture des membranes. (*L'obstétrique*, 1911.)
- Léopold et Haake.** — Ueber 100. sectiones caesareae. (*Arch. für gyn.*, t. LVI, p. 1.)

- Leopold.** — Kaiserschnitt mitt uterusnaht nach Säger.
(*Central für gyn.*, 1882, t. XIX.)
- Lepage.** — De l'opération césarienne tardive. (*Bulletin médical*, 29 mai 1907.)
- Lestoquoy.** — In *thèse de Dusart*, Paris 1867.
- Magalhaes.** — Opération césarienne, indications et techniques. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1922, t. V. n° 5; p. 345 à 357.)
- Masson.** — De la gastro-élytrotomie. (*Thèse de Paris*, 1877.)
- Morisani.** — *Ann. de Gynécologie*, 1881, t. II, p. 440; *Congrès de Rome*, 1894. (*Ann. de Gynécologie*, 1894, t. XLI.)
- Müller.** — Ueber den fundaschnitt beider sectio caesarea.
(*Centralblatt für gyn.*, 1898, p. 226.)
- Perrier.** — Contribution à l'étude de la pratique de la césarienne basse. (*Thèse de Strasbourg*, 1923.)
- Phaneuf.** — La césarienne supra-symphysaire. (*Bruxelles médical*, mai 1924, n° 49.)
- Pehan-Dufeillay.** — Etude sur les statistiques des opérations césariennes. (*Archives générales de médecine*, 1861.)
- Pillore.** — *Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 595.
- Pinard.** — Rapport au congrès d'Amsterdam, 1899.
— De l'accouchement provoqué. (*Annales de gynécologie*, XXXII, p. 1 et 81.)
— Clinique obstétrique 1899.
— Thérapeutique de la dystocie causée par les viciations pelviennes à la clinique Baudelocque de 1889 à 1907.
(*Ann. de Gynécologie Obst.*, 1907 p. 513.)
— Indication de l'opération césarienne considérée en rapport avec celle de la symphyséotomie de la craniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel. (*Ann. de gynécologie*, t. LII, p. 83.)
- Porro.** — Delle amputation utéro-ovarica come complemento di taglio cesareo. (Milano, 1876.)
- Portes.** — La césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. (*Gyn. et Obst.*, tome X n° 4, octobre 1924.)

Portes et Risacher. — A propos de la césarienne transpéritonéale basse. (*Société d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 10 mai 1926).

Potocki. — De l'opération césarienne. (*Ann. de gynécologie, obst.*, 1886.)

Radfort. — Observation of the cesarian section, 1880.

Reeb. — Contribution à l'étude de la césarienne basse. (*Revue française de gynécologie obstétrique*, avril 1923.)

Ritgen. — Die Abzeign der Mechan, Jul. 1820.

Sänger. — Des Kaiserschnitte bei Uterus fibromen nebst vergleichender Methodik des section Caesarea studiers und Vorschlage zur verbesserung des Kaiserschnitte. (Leipzig, 1882.)

— Neue Beitrage zur kaiserschnitte-Frage. (*Centralbl. für gyn.*, t. XXVI.)

— Kaiserschnitte-frangen. (*Centralbl. für gyn.* 1890, p. 169.)

Schauta. — Discussion uber den extra-peritonealen kaiserschnitt Wien gyn. gesell. (*Centralbl. für gyn.*, 1909, p. 1029.)

Schickelé. — Les interventions obstétricales chirurgicales au cours de l'accouchement. (*Gynécologie et obstétrique*, 1920, janvier.)

— Congrès des obstétriciens de langue française, Paris 1925.

Sellheim. — Der extra-peritoneale Uterusschnitt. (*Central. für gyn.*, 1908, n° 5.)

Walthard. — Ueber die Entberlichkeit des abdominalen extra-peritonealen kaiserschnitten für die therapie beim engen Becken. (*Arch. für gyn.* 1919.)

— La nouvelle césarienne en cas de physométrie et de fièvre pendant le travail. (*Schweiz Med. Wochensch.*, 1922, n° 7.)

Welton. — Résultats de la césarienne supra-symphysaire. (*American Journ. of Obst. and Gyn.*, 1921, janvier.)

Wetterwald (Max). — La question des ruptures utérines après les césariennes cervicales transpéritonéales. (*Zentralbl. für Gyn.*, mars 1926.)

Zarate. — Césarienne tardive. (*Arch. mens. d'obstétrique et de gynécologie*, août 1914, p. 49.)

Zweifel. — Ueber extra-peritoneales kaiserschnitte. (*Central. für gyn.*, 1908, n° 9.)

Congrès de Copenhague. — *Arch. de tocologie*, octobre 1884.,
Congrès de Moscou. — *Ann. de gynécologie*, 1897, t. XLVIII,
p. 221.

Congrès de Saint-Pétersbourg. — 1910. In *Gynécologie*,
fév. 1911.

Congrès de Paris, 1925.

TABLEAU I. — Cas purs (24)

N ^{os} d'obs.	Pari- té	Durée du travail	Dilatation	Anesthésie	Incidents opératoires	Suites opératoires
253	I	35 h.	2 fr.	Ch	Epr. du travail	normales
401	I	46 h.	2 fr.	rachi s. rés. Ch	Epr. du travail	normales
502	I	début	début	locale	segment inf. peu formé extr. de l'enf. au forc.	normales
576	I	36 h.	50 c.	AR	Epr. du travail	normales
841	II	début	1 fr.	E	Déchir. de l'inc. propagée au c. utérin.	normales
883	II	11 h. 50	col effacé	E	Epr. du trav. il hémor. ergotine	normales
983	II	début	0	AR	Itérative (obs. 316)	normales
1343	I	10 h.	1 fr.	E	Epr. du travail léger shock	normales
1363	II	9 h.	50 c.	Ch	Epr. du travail prolongation de l'inc. s. corps utér.	normales
1932	I	15 h.	1 fr.	locale	Epr. du travail	normales
2021	II	début	1 fr.	E		normales
2043	II	3 h.	petite paume	E		normales
2119	II	4 h.	col effacé	AR	Itérative (obs. n° 432)	normales
2137	II	6 h.	50 c.	AR		normales
2159	II	9 h.	2 fr.	locale	Epr. du travail hémor. ergotine	normales
2176	II	début	col long	Ch	propag. de l'inc. utérine au corps	normales
2269	I	16 h.	2 fr.	E	Epr. du travail	normales
215	II	12 h.	2 fr.	AR s. rés. E	Epr. du travail hémor. ergotine	fébriles 15 j.; temp. ayant atteint 39°5
701	I	10 h.	petite paume	E	Epr. du travail hémor. ergotine	légèr. fébriles, 7 j.; 38°8 le 2° jour; 38°4 le 9°
709	I	8 h.	50 c.	E	Epr. du travail hémor. ergotine extr. par version	fébriles 6 j.; 39°2 le 2° j. puis chute rapide à 38°
834	II	?	gde paume	E		fébriles à partir du 4° j. doul. lombaire droite.
1420	II	4 h.	col effacé	E	Itérative (obs. n° 823)	subfébriles; lochies fé- tides le 3° jour.
2050	I	6 h. 30	col effacé	E		légèrement fébriles, ab- cès de la paroi.
2065	IV	?	gde paume	E		fébriles 13 jours, abcès

TABLEAU II. — Cas suspects (40)

N ^o d'obs.	Parité	Durée du travail	État des membranes au moment de l'interv.	Dilatation	Anes- thésie	Incidents opératoires	Suites opératoires
3	I	36 h. Epreuve	rompues artificiellem. en ville depuis 5 h.	5 fr.	Ether		normales
213	I	12 h. 30 Epreuve	rupture précoce 12 h. 30	?	Chloro	propagation de l'inci- sion au corps utér.	normales
283	III	24 h. Epreuve	rupture artificielle 3 h. 30	gde paume	AR		normales
316	I	5 h.	Rupture prématurée	effacement du col	AR		normales
432	I	10 h. 30 Epreuve	Rupture précoce 3 h.	complète	Chloro		normales
484	II	7 h.	Rupture artificielle 1 h.	5 fr.	AR		normales
656	II	6 h. 30	Rupture précoce 1 h. 30	2 fr.	Ether		normales
666	II	7 h. 30	Rupture précoce 7 h. 30	col effacé	Ether	hémorragie ergotine.	normales
783	I	21 h.	Rupture précoce 21 h.	lenticulaire	Ether		normales
1105	I	début	Membranes intactes	début	Ether	hémor. par insert. bas. du plac. utérus fibrom.	normales
1138	I	0	Rupture prématurée 10 h.	0	Ether		normales
1739	I	7 h.	Rupture précoce	col effacé	Chloro	absence de segment inférieur.	normales
1778	I	8 h. 30	Rupture précoce 8 h.	2 fr.	Ether		normales
2253	I	0	Rupture prématurée 12 h.	0	Chloro	hémorragie ergotine	normales
33	I	18 h. Epreuve	Rupture prématurée 20 h.	5 fr.	Ether		fébriles 8 j.; temp. ay. atteint 39°1, abcès de la paroi.
54	I	11 h. Epreuve	Rupture artificielle liquide teinté.	complète	AR		fièvre en rap. av. état pulm. (tuberc.), dés. de la par. abd.
362	I	15 h. Epreuve	Rupture précoce 1 h.	?	Chloro		fébriles 13 j.; temp. ay. atteint 38°7; phlébite légère.
428	II	16 h. 20 Epreuve	Rupture artificielle 2 h. 30	complète	AR		fébriles 5 j.; phlébite jambe dr. av. embolie non mortelle
431	I	10 h. Epreuve	Rupture artificielle	complète	Ether		fébriles 7 j.; temp. ayant atteint 38°6.
461	II	2 h.	Rupture précoce	1 fr.	Chloro	hémorragie ergotine	fébriles 5 j.; temp. ayant atteint 39°2.
560	I	7 h. 30	Rupture précoce 7 h. 30	50 c.	AR Chloro		fébriles 15 j.; lochies fétides utérus dur.
626	I	19 h. Epreuve	Membranes intactes	complète	Ether	vaginite granuleuse; perf. de la vessie.	fébriles 12 jours (39°); cys- tite purulente.
823	I	12 h. Epreuve	Rupture artificielle 2 h.	complète	Ether		fébriles 8 j.; temp. ayant atteint 38°8.
846	I	début Epreuve	Membranes intactes	2 fr.	Ether	Vaginite granuleuse, hémorragie ergotine	fébriles 11 j.; temp. ay. dépas- sant 39°; lochies fétides
1701	I	19 h. Epreuve	Rupture artificielle	complète	Chloro		fébriles 12 jours (39°5); abcès de la paroi.
1723	II	0	Rupture prématurée 6 h.	0	Ether	fibrome <i>prævia</i> .	légèrement fébriles jusqu'au 22 ^e jour.
1839	I	4 h.	Rupture précoce liquide teinté.	5 fr.	Ether		subfébriles 12 jours, légère phlébite
1924	II	0	Rupture prématurée 3 h. 30	0	Chloro	délivrance difficile; hémorragie.	fébriles; abcès de la paroi.
1960	II	10 h. Epreuve	Membranes intactes	1 fr.	Ether	Œdème du col; plu- sieurs touchers; drai- nage p. dif. d'hémos- tase.	fébriles 3 premiers j. (38°6) et du 11 ^e au 14 ^e j. (39°2- 38°4).
1988	I	21 h. 30 Epreuve	Rupture précoce 11 h. 30	50 c.	Ether		légèrement fébriles 6 jours; temp. au voisinage de 38°5.
2062	I	13 h. 40 Epreuve	Rupture précoce 1 h. 45	2 fr.	Chloro	Vaginite.	fébriles 10 j. entre 39 et 39°5 lochies puriformes expuls. d'un frag. de la sut. ut. sphacélé.
2075	II	4 h.	Rupture prématurée 4 h.	effacement du col	locale	albuminurie.	légèrement fébrile; temp. au- tour de 38° pendant 6 j.
2097	II	0	Membranes intactes	0	Chloro	placenta <i>prævia</i> , hém. propag. de l'incis. au corps utérin.	légèrement fébriles 11 j.; temp. n'ay. pas dépas. 38°1.
2151	III	9 h. 30	Rupture prématurée 12 h.	lenticulaire	Ether		fébriles 15 j.; temp. ay. dépas. 39° les 5 ^e , 9 ^e et 14 ^e jours.
2224	I	25 h. Epreuve	Rupture prématurée depuis 34 h.	complète	Chloro	extract. diffic. de l'enf. par vers. propag. de l'inc. utér. au corps.	fébriles 14 j.; temp. ayant dépas. 39° les 4 ^e et 5 ^e j.
2226	I	40 h. Epreuve	Rupture précoce 39 h. 30	complète	Chloro	présentation du front; temp. 37°4 au mo- ment de l'interv.	mort en 48 h.; septicémie péritonéale.
2270	I	8 h. 15	Rupture précoce 45 m.	1 fr.	Chloro		fébriles 13 j. entre 38° et 39°; lochies fétides.

TABLEAU III. — Les cas infectés

Obs. N°	arité	Durée du travail	Etat des membranes	Dilatation		Particularités et Incidents opératoires.	Suites opératoires
882	I	17 h.	Rupture prématurée depuis 24 h.	2 fr.	Ether.	front : temp. 38°5 pouls : 100 Mic- kulicz.	38°4 le 2 ^e jour; 38°1 le 3 ^e j. normales ensuite.
1215	I	32 h. Epreuve	Rupture prématurée depuis 8 jours	50 c.	Ether	liquide teinté; temp. 38°2; hémor. ergot. drainage.	normales; l'enfant mort : hématemèse, syphilis pro- bable.
1475	II	17 h.	Rupture prématurée depuis 21 h.	1 fr.	Ether	Temp. 38°1, Mic- kulicz.	fébriles 3 jours entre 39° et 40°.
1843	I	25 h.	Rupture précoce 19 h. 15	complète	Chloro	plusieurs applications de forceps en ville au D. S. temp. 38°4 album. 1 50 Mickul.	morte de shock 10 minutes après l'intervention.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Chapitre premier. — Historique	13
Chapitre II. — Technique et anesthésie	25
I. — Technique	25
A) <i>Le procédé de la clinique Baudelocque</i>	25
B) <i>Les autres procédés</i>	30
II — L'anesthésie	39
Chapitre III. — La statistique; son étude critique	43
A) Les cas purs. Les résultats comparés de la C. H. de la C. B.	48
B) Les cas suspects. Les résultats comparés de la C. H. et de la C. B.	51
C) Les cas infectés	60
a) <i>cas où l'infection paraît légère : la césarienne basse avec drainage à la Mickulicz dans ces cas</i>	60
b) <i>cas où l'infection paraît sérieux : césarienne conser- vatrice ou césarienne mutilatrice, l'opération de Portes.</i>	62
Chapitre IV. — Pronostic éloigné de la césarienne basse.	66
Observations	78
Conclusions	109
Bibliographie	113
